

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° — 278

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 26 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Pierre HOURS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Métrorragies de la Puberté

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges } MM. DEBOVE, professeur
BERGER, professeur
AUVRAY, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HIUTINEL.
	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.....	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPRERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES DEUX SŒURS

A TOUS MES AUTRES PARENTS
ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Métrorragies de la Puberté

INTRODUCTION

Nous ne saurions mieux commencer ce modeste travail que par une définition de ce que nous entendons par le mot puberté ; il ne faudrait pas surtout confondre ce dernier mot avec l'expression : « éruption des premières règles ». (Dalché.)

Cette éruption marque cependant dans l'évolution de la jeune fille une étape de la plus haute importance.

Mais cette première menstruation est précédée, accompagnée et suivie de phénomènes d'une importance au moins égale, qui ne surviennent pas seulement dans la sphère génitale ; si elle est la manifestation la plus apparente de cette transformation de l'enfant en femme, il se produit également dans

toute l'économie des changements qui ont commencé longtemps avant, continueront longtemps après, jusqu'à ce que la métamorphose soit achevée.

Cette évolution, pour s'établir dans son ensemble, pour se terminer d'une façon complète, exige un temps d'une durée variable qui constitue la période de la puberté.

La plupart des auteurs considèrent avec raison que la crise pubérale ainsi comprise demande le plus souvent cinq à six ans.

Pendant cette phase vraiment longue, la jeune fille reste menacée d'ennuis et de maux qui réclameront des soins les plus judicieux.

Un de ces maux les plus fréquents et qui est en même temps un symptôme important par sa valeur séméiologique et sa gravité propre est la métrorragie ou perte de sang dans l'intervalle des règles.

Ce sont ces métrorragies que nous nous sommes proposé d'étudier. Il en est qui sont bien connues et très bien décrites par les différents auteurs. Nous ne ferons qu'en donner un résumé succinct ; nous insisterons davantage sur celles dont la cause est moins évidente et pas encore très bien élucidée.

Mais avant de rentrer dans le vif de notre sujet, c'est pour nous un devoir et un plaisir de rendre hommage à nos maîtres dans les hôpitaux qui, par la noble façon dont ils envisageaient leur tâche, ont su nous faire apprécier et aimer la carrière médicale.

Nos remerciements vont d'abord à nos maîtres de

Clermont-Ferrand, en particulier à MM. les professeurs Bousquet et Maurin dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant l'année 1902-1903.

Ils nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt et nous n'oublierons jamais ni leurs conseils éclairés, ni leur inépuisable bonté.

Qu'ils daignent recevoir ici l'assurance de notre sincère affection.

M. le Dr Mally a bien voulu nous garder comme préparateur de physique médicale pendant deux ans, nous le remercions bien sincèrement de toutes les connaissances en électricité que nous lui devons.

Nous nous souvenons avec reconnaissance des précieux enseignements cliniques que nous devons à tous nos autres maîtres : MM. Du Cazal, Planchard, Pozolat, Lepetit, Gautrez, Billard, Moureyre, Dionis du Séjour, Huguet et Gros.

A Paris nous avons continué nos études en qualité de stagiaire dans le service de M. le Dr agrégé Méry, à qui nous devons toutes nos connaissances de clinique et de thérapeutique infantile.

Nous lui adressons nos meilleurs remerciements, ainsi qu'à M. le Dr agrégé Lepage pour les connaissances d'obstétrique que nous avons puisées dans son service.

Que M. le professeur Hutinel veuille bien agréer l'expression de notre plus vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Métrorragies dans les lésions utéro-annexielles

Métrites. — Malgré les négations de certains auteurs les métrites existent à la puberté chez les jeunes filles vierges ; elles peuvent mieux prendre une importance considérable par les hémorragies qu'elles entraînent quelquefois.

Leurs causes sont nombreuses et variées, il en est une assez fréquente c'est la blennorragie qui peut s'installer en dehors de toute tentative de coït ou de viol par le seul emploi d'un objet ou d'un linge ayant appartenu à une personne atteinte de gonococcie.

Il en est une autre facile à supprimer mais plus fréquente qu'on ne le pense dans les familles ou l'on ne prend pas assez certains soins pour les enfants ; c'est la malpropreté dans laquelle l'on maintient les organes génitaux externes ; malpropreté entraînant l'irritation de ces parties, irritation se propageant ensuite au vagin et à l'utérus, que la congestion intense dont il est le siège au moment de l'établisse-

ment de la menstruation transforme en un excellent terrain de culture.

D'autres fois il faut accuser un traumatisme occasionné par un corps étranger dans les manœuvres de masturbation, l'aménorrhée accidentelle par suite du froid, l'immersion des jambes dans l'eau une vive émotion morale. Comme autres causes prédisposantes nous citerons la fatigue, la mauvaise hygiène, un hymen trop étroit, la sténose de l'orifice du col (M. Pozzi), qui vidant difficilement la sécrétion de la muqueuse utérine amène une infection ascendante. Dans la plupart des cas il existe toujours un manque de soins, tantôt par le fait de la misère, tantôt par le fait de l'incurie ou d'un sentiment de réserve ou de pudeur mal comprise.

Citons enfin les déviations : anteflexion, rétroflexion produisant une coudure du canal utérin et une diminution de calibre de ce canal.

Toutes ces causes incapables de produire par elles-mêmes la métrite ont pour effet seulement de permettre aux agents microbiens, qui vivent à l'état normal dans le vagin, d'augmenter leur virulence et, grâce aux modifications de sécrétions et à la congestion utérine menstruelle, de pénétrer dans la matrice et de l'inflammer.

Dans les métrites aiguës, les métrorragies ont peu d'importance ; elles sont perdues au milieu d'un cortège de symptômes graves et attirent peu l'attention ; nous ne décrirons que leur traitement, à titre prophylactique de la métrite chronique hémorragique.

Dans les cas en effet où après une période aiguë surviennent des règles profuses contenant des caillots, lorsque le sang se montre dans la période intercalaire lorsque enfin les pertes apparaissent de la façon la plus irrégulière, tantôt continues, tantôt espacées ; la métrite chronique à forme hémorragique a fait place à la métrite aiguë. Cette métrite peut même s'installer d'emblée et subir des poussées aiguës au moment des règles.

L'on note de la douleur locale et irradiée, de la dysménorrhée et une leucorrhée muco-purulente, épaisse, abondante, s'échappant de l'orifice du col ; mais le symptôme qui le plus souvent prédomine dans la métrite hémorragique c'est la métrorragie.

Ces pertes de sang affectent deux formes : d'abord la forme ménorragique puis la forme métrorragique ; les règles se contentent d'être plus profuses, plus copieuses, puis elles persistent dans tout l'intervalle et les femmes sont toujours dans le sang.

La première forme s'explique facilement par l'intensité d'action que peut acquérir le réflexe menstruel sur une muqueuse malade et peu résistante, l'inflammation en effet occasionne à la fois l'irritation de l'ovaire et une diminution de résistance et de tonicité du muscle et de la muqueuse utérine contre la congestion physiologique qui est accrue et persiste plus longtemps.

La deuxième forme est expliquée par les lésions utérines consécutives à l'inflammation. A côté de de l'augmentation de volume de l'organe, de sa mol-

lesse et de sa friabilité, l'on constate à la place de l'épithélium normal un tissu infiltré de cellules embryonnaires et ayant perdu son aspect normal. Les capillaires si fragiles dont la paroi est constituée par ce tissu embryonnaire en voie constante de nécrose et d'élimination sont distendus par congestion active et passive ; ils se trouvent privés d'un soutien solide et flottent pour ainsi dire au milieu d'une substance molle en partie colloïde ; leur effraction est fréquente d'où hémorragie qui est encore accrue par l'impossibilité de la muqueuse de se cicatriser dans l'intervalle des règles par suite de la présence de ce tissu fongueux.

La marche de l'affection est le plus souvent progressive ; les pertes n'ont guère de tendance à diminuer et, si le médecin n'intervient pas, la lésion s'étend plus loin, gagne les ovaires et le tissu péri-utérin et entraîne l'anémie et un affaiblissement progressif de la malade pouvant même amener la mort, en tout cas troubler profondément l'évolution pubérale de la jeune fille, son état moral et son développement physique.

Le diagnostic se base sur les commémoratifs : douleur, leucorrhée, vulvo-vaginite, dysménorrhée ; s'il existe quelque doute il faudra avoir recours au toucher et même à l'examen au spéculum pour constater les divers symptômes des métrites avec hémorragies.

Le traitement sera celui de toute hémorragie utérine et que nous décrirons plus longuement dans

un chapitre spécial (injections chaudes hémostatiques, etc.).

Il ne faudra pas négliger l'état inflammatoire de la forme aiguë, ce sera une des meilleures façons d'éviter la plupart des inconvénients de la métrite hémorragique chronique. Ce sera d'abord à un traitement antiphlogistique que l'on aura recours : sangsues au périnée ou mieux sur le bas ventre, des cataplasmes ou de larges enveloppements au moyen de compresses humides et chaudes sur l'abdomen, sur lequel à la rigueur on étalera, comme le veut M. Dalché, de la pommade suivante :

Extrait de belladone. }	ââ 2 gr. F. S. A. pommade.
— de jusquiame. }	

Onguent populeux. 30 grammes.

La jeune fille sera mise au lit dès les premiers jours, puis quand l'acuité des phénomènes se sera amendée on lui permettra de se lever quelques heures pour s'étendre sur une chaise longue ; elle prendra de grands bains de siège narcotiques contenant :

Feuilles de belladone . . .	} ââ 30 gr.
Feuilles de morelle. . .	
Feuilles de jusquiame . . .	
Têtes de pavot	N° 2.

Faites bouillir et passer : pour un bain de siège.

Des injections avec la décoction précédente administrée pendant la durée du bain contribueront à exercer une action sédative. Citons encore les lavements laudanisés. Dans la journée elle recevra deux ou trois longues irrigations légèrement antiseptiques,

chaudes ou tièdes à faible pression. C'est là le traitement antiphlogistique du début dont l'importance est manifeste à titre préventif de la métrite chronique fongueuse.

Lorsque l'on n'aura pu intervenir à cette période et que les métrorragies seront devenues fréquentes le traitement sera différent ; les simples injections chaudes ne suffiront plus, les tampons d'ouate hydrophile imbibés de glycérine et appliqués sur le museau de tanche ne seront que des moyens palliatifs ; il faudra le plus souvent avoir recours aux caustiques (teinture iode, $ZnCl$, créosote ou crayons d'iodoforme, ichtyol, dermatol, etc.) qui portés dans la cavité utérine viendront détruire les fongosités causes directes des métrorragies ; ces moyens seront même parfois insuffisants, il faudra alors avoir recours au curetage le seul traitement vraiment radical ; enfin dans le type Pozzi à sténose du col on fera d'emblée la dilatation cervicale avec des lamineuses très fines ; la présence de fongosités indiquant également le curetage.

Enfin dans les deux cas on instituera un traitement général tonique.

II. — *Métrorragies dans les tumeurs de l'utérus.* —

La fréquence des hémorragies dans les tumeurs de l'utérus a fait décrire à certains auteurs des métrites hémorragiques symptomatiques de ces tumeurs ; le cas est fréquent surtout à l'âge adulte ; le fibrome créant un terrain prédisposé sur lequel se greffe très facilement l'inflammation.

A la puberté les choses sont le plus souvent différentes; les tumeurs sont rares; la métrite consécutive encore plus rare. Dans les cas que l'on a pu observer l'on a constaté la plupart des fois l'absence de toute lésion inflammatoire; les recherches bactériologiques sont le plus souvent restées négatives.

Les métrorragies sont consécutives au développement vasculaire anormal qui siège autour de la tumeur, et lorsque celle-ci se trouve dans la profondeur du muscle et même sous le péritoine, l'hémorragie est due à la congestion irritative causée par la présence de la tumeur.

La menstruation vient ouvrir la porte à la perte sanguine, le fibrome l'empêche de se refermer. La coexistence fréquente de lésions de même ordre du côté de l'ovaire (kystes, sclérose) vient encore augmenter l'irritation utérine et les métrorragies.

Les caractères cliniques de ces pertes, leur abondance, leur apparition d'abord sous forme de ménorragies, puis de métrorragies, enfin leur caractère de continuité ou d'intermittence sont choses connues et décrites partout. Elles surviennent à n'importe quel degré de l'évolution des fibromes; aussi bien dans les volumineuses tumeurs que dans les petits noyaux infiltrant la paroi de l'organe et à peine perceptibles à l'exploration clinique; quelquefois même on ne les rencontre qu'à l'autopsie, comme dans l'observation que Pilliet a recueillie dans le service de Bouilly à la Maternité, où une jeune fille vierge succomba à d'abondantes métrorragies : l'autopsie révéla la pré-

sence d'un adénome intra-utérin qui était la cause de ces métrorragies répétées.

D'ordinaire ce symptôme ne s'installe pas d'une façon bruyante : ménorragies d'abord peu considérables puis durant huit à dix jours; métrorragies ensuite survenant sans cause appréciable ou par l'effet de la moindre congestion; bref, en un moment donné, les jeunes filles sont toujours dans le sang.

On doit rapprocher des métrorragies des fibromes celles des polypes qui ne diffèrent des myomes sous-muqueux que par leur pédiculisation; les lésions muqueuses et la pathogénie des métrorragies sont identiques; ce sont surtout les vaisseaux du pôle de la tumeur constitués en réseau riche et fin qui sont susceptibles de se briser sous la moindre congestion.

Le diagnostic est le plus souvent difficile, à cause de la rareté de ces cas à la puberté, de la petitesse de la tumeur et de la difficulté de l'examen chez une jeune fille. Il se fera par le palper et le toucher qui nous montreront une légère augmentation du volume de l'organe, son développement irrégulier, ou même la saillie du polype au niveau du col. Le cathétérisme intra-utérin nous fera sentir l'agrandissement de la cavité utérine, à l'intérieur de laquelle proémine une tumeur qui la réduit en une fente linéaire latéralement déjetée. Le pronostic, d'ordinaire grave à cause de l'intensité de l'hémorragie et de la nécessité d'enlever l'utérus, sera plus bénin si l'on parvient à enlever la tumeur sans toucher à l'utérus comme dans les cas de polypes.

Le traitement sera d'abord médical par l'emploi de substances préconisées dans le but d'agir directement sur la tumeur pour resserrer les vaisseaux et arrêter les pertes (électricité, ergot, etc.), soit pour relever la nutrition des malades (arsenic, eaux minérales). Par ces moyens l'on parvient à arrêter momentanément les métrorragies, quelquefois même l'on obtiendra une régression anatomique importante de la tumeur, mais jamais sa disparition ; si les métrorragies persistent ou reviennent il faudra avoir recours au traitement chirurgical, la myomectomie, quelquefois même l'hystérectomie. Pour les polypes l'on emploiera la polypectomie avec curettage consécutif.

Lésions ovariennes. — Outre les lésions inflammatoires et néoplasiques (fibromes, polypes) de l'utérus ; il existe également d'autres altérations de l'appareil génital capables de produire des métrorragies et coïncidant le plus souvent avec des lésions de l'ovaire, ces dernières pouvant aller depuis la simple congestion jusqu'à la forme scléro-kystique.

Ces altérations ovariennes sont le plus souvent primitives, c'est d'abord la congestion de l'ovaire qui débute au moment de la menstruation, elle entraîne consécutivement avec elle celle de la matrice.

Ce rôle des lésions annexielles n'est connu que de date récente, il a été bien mis en lumière par Bouilly en 1899 et avant lui par M. Dalché dans sa thèse ; d'autre part Delbet, Doléris, Richelot, Siredey, pour

ne citer que les principaux, ont bien décrit les troubles consécutifs du côté de l'utérus et ont ainsi créé les divers types des pseudo-métrites.

Les lésions observées ne sont pas consécutives à l'inflammation des organes génitaux venue par le vagin ; elles dérivent au contraire de troubles trophiques ou toxi-infectieux dépendant d'un état général fatigué et mauvais et ayant pour résultat des troubles vaso-moteurs vasculaires, réagissant à la fois sur l'évolution des follicules de Graaf, sur la sécrétion interne de l'ovaire et sur l'état fluxionnaire des deux organes.

Ces lésions s'expliquent d'autant plus facilement que l'on se rend bien compte des relations étroites qui existent entre l'ovaire et l'utérus. C'est d'abord la menstruation produite par l'excitation que détermine le développement des cellules de l'ovaire sur les faisceaux nerveux du parenchyme de cet organe. Ces divers faisceaux irrités réagissent à leur tour sur les nerfs vaso-moteurs utérins, provoquant la vasodilatation et consécutivement l'hémorragie menstruelle.

Toute lésion, tout trouble, toute irritation du côté de l'ovaire, viendra se joindre à l'irritation physiologique due à la rupture du follicule, exagérer le réflexe normal, augmenter la perte sanguine et produire la métrorragie. Le fait que celle-ci se présente du moins au début sous forme de ménorragie, vient donner un appui à cette façon de voir et l'on se trouve en

présence de la simple exagération d'un réflexe nerveux vasculaire absolument physiologique.

Cette métrorrhagie est enfin éminemment favorisée par la richesse vasculaire de l'utérus, par ses nombreuses artères et ses épais plexus veineux.

D'autre part toute entrave à la libre circulation du sang dans les vaisseaux empêchera les échanges nutritifs normaux des muscles et surtout des éléments de la muqueuse entraînera de ce fait leur altération et celle de leurs capillaires ; qu'une congestion subite d'ordre réflexe intervienne déterminant une augmentation de pression, les vaisseaux altérés pourront se rompre avec la plus grande facilité et emportant une muqueuse malade et friable produire une métrorrhagie plus ou moins abondante.

De même ces troubles nutritifs amèneront du côté de l'ovaire la production d'une sécrétion interne, altérée, défectueuse, quelquefois plus abondante même qu'à l'état normal et dont l'action ne sera plus capable de remplir les rôles qui lui sont dévolus.

Quant aux lésions capables de produire ces divers troubles, elles sont de différents ordres. Nous ne citerons que les principales :

Elles relèvent souvent, avons-nous dit, de causes générales ; les jeunes filles qui en sont atteintes ont ordinairement un passé héréditaire chargé : ce sont des descendantes d'arthritiques, gouteux ou névropathes. Le neuro-arthritisme a en effet été bien mis en lumière par Richelot et Siredey, si les auteurs ont quelquefois trop généralisé et englobé dans la con-

ception de cette catégorie des cas qui ont une autre étiologie ; il n'en reste pas moins vrai que leur description répond à des faits très exactement observés s'ils ne sont pas aussi nombreux qu'ils ne pensent.

Doléris de son côté invoque l'engorgement facile des tissus utérins chez les strumeuses ; il incrimine leur faiblesse congénitale ou acquise ainsi que celle des parois vasculaires.

Leur turgescence, leur mollesse, leur feront prendre des positions défectueuses (déviations et chute de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas) qui viendront encore augmenter leur tendance à la congestion.

Vient ensuite la coprostase (Castan) et la constipation chronique ; elles agissent non seulement mécaniquement en produisant la stase sanguine du petit bassin, mais surtout en produisant la stagnation dans l'organisme de produits éminemment nocifs destinés à être éliminés : tous les dérivés de la putréfaction, composés azotés, phénol, indol, scatol, restent dans l'intestin un temps plus ou moins long, une partie au moins en est résorbée elle va congestionner et irriter les tissus. Sa localisation fréquente à l'utérus est expliquée par le fait que c'est là un lieu important d'élimination de toxines, et par la paralysie pour ainsi dire toxique de ses fibres musculaires ; celles-ci ne peuvent plus se contracter pour arrêter ce débordement sanguin, l'arrêt de ces métrorragies par la simple administration de purgatifs vient en donner la preuve comme dans le

cas de Nigel Starck et chez la malade de M. Dalché (Obs. I).

A côté de ces causes il faudrait citer toutes celles qui ont pour effet d'intoxiquer l'organisme, troubler la nutrition des organes et gêner l'élimination des toxines (maladies infectieuses, éruptives, diathésiques), en particulier les oreillons dont les toxines ont une prédisposition marquée pour les glandes génitales.

Il faut enfin citer les cas de malformations de l'utérus, atrophies congénitales, déviations, rétrodéviation, rétroflexion avec ou sans prolapsus utérin (Reynier, Barnes) qui gênent la circulation sanguine et produisent la constipation et la métrorragie.

A côté de la prédisposition héréditaire apparaîtront de même d'une façon occasionnelle : la marche, l'équitation, la bicyclette, l'usage immodéré de la chaufferette, les fatigues nécessitées par de dures professions, la station debout prolongée qui éprouvent cruellement le système génital des enfants du peuple ; en revanche la danse, les bals sont pour les jeunes mondaines une source fréquente de métrorragies au moment de l'établissement des règles ; ce sont là les principales indications pathogéniques qui devront diriger la thérapeutique.

Nous citerons en dernier lieu les tumeurs de l'ovaire, surtout les tumeurs kystiques qui bien que très rares chez les jeunes filles existent cependant, par leur présence entretiennent le processus irritatif, gênent la circulation sanguine et détruisent par leur déve-

loppement les éléments glandulaires à sécrétion interne. De même M. Dalché a invoqué avec raison le simple travail évolutif qui fait passer la matrice et les annexes de l'état infantile à l'état pubescent puis à l'état adulte. Cette transformation suffit à entretenir une hyperhémie qui produit de la leucorrhée durant la période intermenstruelle et des ménorragies au moment des mois.

Par ce simple exposé l'on voit combien est grande la diversité des causes pouvant produire des hyperhémies génitales ; certaines ne sont connues que de date tout à fait récente, les métrorragies qu'elles emmenaient étaient considérées autrefois comme essentielles.

Ces poussées fluxionnaires peuvent maintenant présenter différents degrés suivant leur ancienneté, leur intensité et leur durée : Le premier est constitué par la congestion active décrite par Lawson-Tait ; c'est l'exagération de la congestion de l'ovaire qui précède et accompagne physiologiquement le travail de la ponte ovulaire et qui dans les circonstances précitées acquiert une intensité tout à fait anormale et retentit de la même façon sur la muqueuse utérine.

Quand cet état congestif s'est produit un plus ou moins grand nombre de fois, les crises persistent plus longtemps ; les divers symptômes s'aggravent, la congestion ne disparaît pas dans l'intervalle des menstrues ; nous arrivons ici au deuxième degré, à l'ovarite menstruelle, décrite par M. Dalché, qui mène à l'ovarite chronique, à la sclérose de l'ovaire, à la

stérilité et par un autre chemin à la métrite.

Enfin le dernier degré, complication rare d'ailleurs, est constitué par l'apoplexie ovarienne. A la suite de la congestion intense des annexes et de la difficulté de la ponte ovulaire il se forme dans les tissus même de l'ovaire un assez gros épanchement sanguin ; l'hémorragie ne siège plus seulement dans le follicule mais elle dilacère le parenchyme environnant et peut même se répandre dans la cavité péritonéale. M. Richardière en a recueilli un cas en 1882 dans le service d'Empis : c'était une jeune fille de vingt ans morte de métrorragies déterminées par une congestion ovarique intense et à l'autopsie de laquelle on trouva des foyers hémorragiques dans les ovaires ; dans l'utérus était un caillot se propageant par la trompe jusqu'au pavillon.

De tels troubles du côté des annexes ne peuvent ne pas retentir sur la matrice. Nous voyons en effet toujours l'hyperhémie ovarienne entraîner une fluxion analogue du côté de l'utérus ; mais il arrive un moment où à la longue cette congestion utérine rétro-cède avec moins de facilité, persiste à un certain degré dans la période intercalaire, s'installe d'une façon permanente au point de prédominer ; si bien qu'alors, comme le dit M. Dalché, « la congestion ne porte pas exclusivement sur la matrice mais se manifeste surtout sur la matrice au point qu'une hyperhémie ovarienne de moyenne intensité a causé une hyperhémie utérine des plus gênante.

Si nous passons maintenant à la symptomatolo-

gie de ces différents états nous constatons, outre les phénomènes généraux inhérents à l'existence de la diathèse, du côté des organes génitaux des troubles spéciaux et caractéristiques. Deux symptômes principaux traduiront cette hyperhémie ovarienne : les douleurs et les pertes.

Les douleurs sont proéménstruelles et menstruelles. Proéménstruelles elles débutent avec le molimen cataménial. Deux, trois ou quatre jours avant l'apparition des règles, la malade commence à éprouver au niveau du bas ventre et des reins une sensibilité qui va croissant avec une rapidité plus ou moins vive jusqu'à atteindre une intensité des plus pénibles et même dans les cas les plus marqués un paroxysme intolérable. Les souffrances se manifestent d'une façon continue ou éclatent sous forme de coliques qui se greffent sur une douleur permanente. Les régions ovariennes deviennent fort sensibles spontanément et, à la pression, la région utérine de même, et de ces points irradient des élancements vers les lombes, les aines et les cuisses. Le bas ventre peut même se ballonner légèrement, il survient quelques nausées, et dans un cas très sérieux de M. Dalché, ce dernier ne put s'empêcher de penser à une péritonite.

Entre ces cas extrêmes et d'autres bien moins accentués s'observent toute la série des intermédiaires.

Avec l'éruption de sang, les douleurs diminuent ou cessent au moins au début ; mais alors apparaît le deuxième symptôme, les pertes avec leur abon-

dance inusitée. Les règles durent huit, dix jours et plus; les jeunes filles arrivent à passer au lit la moitié du mois. L'écoulement est abondant, d'une quantité parfois inquiétante, mais il est surtout long et il revient à une date trop rapprochée.

La prochaine menstruation amènera une crise analogue qui pourra même être plus aiguë, mais ayant toujours pour caractère de disparaître presque complètement une fois le flux menstruel établi.

Quand, au contraire, les sensations douloureuses persisteront d'une façon à peu près continuelle l'ovarite menstruelle sera venue compliquer l'hyperhémie ovarienne et lui succéder.

Ici la douleur continue dans la période intercalaire des menstrues, elle est d'une acuité quelquefois fort vive; elle est *exquise*, disait Gallard, à la palpation abdominale et au toucher qui permet de reconnaître l'ovaire facilement prolabé en arrière ou le long du bord de l'utérus. Entre les règles commencent à apparaître des pertes.

L'ovarite menstruelle est grave par les troubles nerveux qu'elle occasionne et les conséquences qu'elle entraîne (sclérose, stérilité, métrite).

Enfin l'apoplexie ovarienne est caractérisée par la formation dans le tissu même de l'ovaire d'un assez gros épanchement sanguin; l'hémorragie ne siège plus seulement dans le follicule, mais elle a dilacéré le parenchyme environnant.

Les signes cliniques sont ceux de l'ovarite menstruelle portés à leur paroxysme.

Du côté de l'utérus la malade se plaindra de coliques utérines qui persisteront malgré l'apparition des règles et seront exaspérées par le passage de caillots ; elle accusera des pertes abondantes, les règles se rapprocheront et couleront tous les vingt jours, tous les quinze jours ; aux ménorragies succéderont des métrorragies en même temps qu'il s'échappera par la vulve une leucorrhée abondante, mais ne présentant pas les caractères de la leucorrhée de la métrite.

Cette dernière guette la malade avec la série des complications annexielles toujours menaçantes. (Obs. II).

Les lésions constatées au début sont insignifiantes et même imperceptibles : ce ne sont pas du tout celles de la métrite, celle-ci peut exister, mais n'est que secondaire. Primitivement les ovaires ne sont pas enflammés, ainsi que les trompes et l'utérus ; le péritoine est sain et lisse ; la bactériologie n'a découvert nulle part trace de microbes. Ici ce sont simplement des phénomènes congestifs, des troubles vasculaires et nerveux sous la dépendance des modifications de l'état général.

La marche de cette affection est souvent bénigne. Dans certains cas cependant les métrorragies sont graves dès leur apparition ; soignées dès le début convenablement, elles rétrocedent habituellement d'une façon rapide ; mais si on laisse s'établir la congestion permanente soit des ovaires, soit de l'utérus, avec leurs lésions de sclérose et leurs symptômes

consécutifs, le pronostic devient plus grave. Ces crises de souffrance, ces pertes abondantes anémient complètement la malade ; son avenir génital est ici en jeu et même sa propre vie.

Au contraire la guérison sera d'autant plus prompte et plus complète que le traitement sera plus précoce.

Le diagnostic, facile quelquefois lorsque nous aurons devant nous des arthritiques avérées et dont les mères et sœurs auront présenté les mêmes symptômes, sera plus difficile dans les cas où il n'y aura guère, surtout au début, de perturbations bien appréciables de l'état général.

L'ovarialgie et la constatation directe d'un ou de deux ovaires augmentés de volume et accessibles sur les côtés ou en arrière de l'utérus seront d'une grande importance ; l'on tiendra un grand compte de la façon dont s'est développée la jeune fille, de son habitus et de son aspect extérieur ; l'on s'informera si elle n'a jamais eu de vulvite, étant enfant.

Le traitement de chacune de ces variétés de lésions devra avoir une thérapeutique spéciale. Contre les hémorragies l'on prescrira toutes les substances susceptibles de les arrêter, et en outre sur le bas ventre, des compresses chaudes et émollientes, des sangsues ; l'on pourra ordonner également des lavements laudanisés.

L'on prescrira le repos au lit pendant toute la durée des métrorragies et même pendant les quelques jours qui suivront, puis un repos relatif ; un exercice

modéré viendra ensuite diminuer l'état congestif des viscères et aura un effet favorable sur l'évolution des pertes menstruelles. L'on recommandera une alimentation légère quoique abondante pour permettre à la jeune fille de réparer ses pertes. On surveillera la constipation. L'électricité, l'hydrothérapie seront d'utiles adjuvants du traitement.

Dans la période scléro-kystique et scléreuse certains auteurs ont proposé la galvanopuncture de l'ovaire hypertrophié et même la castration.

D'autre part l'insuffisance très fréquente des sécrétions internes de ces malades et leur élaboration défectueuse sera favorablement amendée par l'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne suivant les cas. Ertzbischoff et Harlachner ont enfin rapporté deux cas de guérison de prolapsus chez des vierges par l'emploi d'un simple pessaire ; le plus souvent l'on sera obligé d'avoir recours à l'hystéropexie.

CHAPITRE II

Métrorragies dans certaines maladies générales toxiques et infectieuses

Dans ce chapitre nous allons passer sommairement en revue les principales maladies générales capables de produire des hémorragies intermenstruelles.

Ces métrorragies ne sont le plus souvent que des épiphénomènes, des symptômes de deuxième ordre dont l'importance disparaît devant la gravité de l'état général.

En premier lieu, nous citerons la tuberculose et spécialement la tuberculose péritonéale. Le plus souvent il s'agit de la forme miliaire. Dans les formes fibreuses et caséeuses les métrorragies sont plus rares ainsi que dans la forme pulmonaire, la nutrition étant ici moins bonne, la vitalité de l'ovaire moins grande. Enfin dans la forme miliaire il faut tenir compte de l'état irritatif local dû à la présence de ces granulations et de la difficulté plus grande qu'auront les follicules de Graaf pour arriver à la rupture, toutes ces causes étant capables par elles-mêmes de produire des métrorragies (obs. III).

Une part spéciale doit être également faite à l'hérédité tuberculeuse dont l'influence est si grande sur l'évolution de la puberté et qui demeure capable par elle-même de troubler la menstruation. Dans ces cas cette dernière s'établit tard et d'une façon irrégulière ; cela est sans doute dû à un retard d'évolution des organes génitaux par suite de la nutrition languissante de ces sujets et du manque de tonicité et de réaction du côté de l'utérus, lorsque se produit la congestion mensuelle.

Ces pertes affectent surtout la forme ménorragique ; les règles durent plus longtemps qu'à l'état normal, apparaissent quelquefois tous les quinze jours ; rarement ce sont des pertes très abondantes, mettant en danger la vie de la malade.

Le traitement devra être ici celui de la tuberculose péritonéale ; l'on essaiera d'abord le traitement médical ; s'il ne réussit pas le procédé de choix sera la laparotomie pure et simple. Si au contraire l'on est obligé de pratiquer l'ablation totale ou partielle de l'organe considéré comme le point de départ de l'infection tuberculeuse, le pronostic sera moins favorable, car on risque alors d'accélérer la généralisation.

Sur une série de sept cas présentés par M. Pichevin à la Société belge de Gynécologie et traités par la laparotomie simple, il eut trois guérisons complètes ; les autres moururent de tuberculose pulmonaire après un temps relativement restreint.

A côté de la tuberculose se place la syphilis, soit

héréditaire jouent ici le rôle de prédisposition, soit acquise dans l'enfance, les métrorragies apparaissent à la période secondaire et tertiaire et souvent en l'absence de toute autre manifestation : ce qui en fait méconnaître la pathogénie et expose à des erreurs de diagnostic.

Dans les quelques cas cités par M. Ozenne nous relevons celui d'une prostituée de seize ans, nullipare, chez laquelle on ne constatait aucun symptôme de syphilis ; elle était atteinte d'une légère leucorrhée, résultat d'une ancienne vaginite et de métrorragies assez abondantes. Le traitement dirigé contre l'inflammation utérine ne donna pas de succès bien net contre les pertes de sang ; l'on eut alors recours aux frictions mercurielles, au bout de quelques jours ces hémorragies disparurent.

M. Ozenne invoque pour les expliquer soit une dégénérescence scléreuse de l'ovaire, soit l'existence de plaques muqueuses de l'utérus ; mais comme il le dit lui-même ce ne sont là que des hypothèses ; seul le traitement antisiphilitique vient donner raison à de telles suppositions.

Avec la syphilis nous citerons encore le paludisme comme pouvant lui aussi donner lieu à des métrorragies graves, sans qu'aucune autre cause puisse être soupçonnée.

Leur apparition a lieu dans trois conditions différentes. Tantôt elles apparaissent sous aucun autre symptôme appréciable pouvant en faire soupçonner l'origine, elles sont alors une véritable fièvre larvée.

Tantôt elles apparaissent au cours d'un accès fébrile puis disparaissent avec lui pour se reproduire à l'accès suivant ; elles surviennent surtout la nuit avec une légère élévation de température ; en même temps on note des névralgies surtout sus-orbitaires.

Celles qui sont liées à des accès fébriles nets apparaissent généralement à la fin du stade de frisson.

Pour Dupuy de Montpellier (thèse, 1888) elles sont dues à la plasticité moins grande du liquide sanguin, à une tendance de ce dernier à filtrer à travers les capillaires sanguins : « Nous n'avons jamais vu ces métrorragies prendre des proportions inquiétantes ; elles auraient pu être prises pour des menstrues si elles ne s'étaient produites d'une façon fort irrégulière et en dehors des époques cataméniales. »

Le diagnostic ne repose ici que sur la notion des antécédents, la constatation d'accès paludiques francs et l'action curative des sels de quinine. L'on se guidera également sur l'augmentation du volume du foie et de la rate, enfin sur l'examen du sang. La connaissance simple du fait que la malade habite ou a habité un pays marécageux devra suffire pour nous faire penser au paludisme.

Le pronostic sera bénin si le diagnostic est fait à temps, et il ne serait pas difficile de le faire la plupart du temps si les praticiens consentaient enfin à ne pas voir partout dans toutes les affections de l'utérus une infection et rien qu'une infection.

Le traitement par la quinine constitue le fait le plus saillant.

Nous ne dirons qu'un mot des métrorragies dans les autres états pathologiques généraux. Ces sortes de pertes sont fréquentes dans toutes les pyrexies : ce sont les épistaxis utérines de Gübler ; elles peuvent apparaître soit à la période d'invasion, soit à la période d'état ou mieux pendant le cours de la maladie. C'est alors la forme dite hémorragique, fréquente surtout dans la variole et la rougeole. La fièvre typhoïde détermine aussi souvent des métrorragies ; tantôt c'est le flux menstruel qui se trouve avancé de plusieurs jours ; tantôt les pertes n'ont aucun lien avec la menstruation. Ici encore elles peuvent être une des principales manifestations de la forme dite hémorragique.

Enfin des métrorragies ont également été signalées à la puberté, au cours de la pneumonie, rhumatisme, et surtout de la grippe infectieuse par Law et Muller.

Parmi les intoxications, nous citerons celles par le plomb, le phosphore, le mercure, comme capables de produire des hémorragies dans l'intervalle des règles. On sait aujourd'hui que les métrorragies dans ces états si disparates sont dues aux altérations vasculaires résultant de troubles d'innervation soit de nutrition, soit enfin de l'apport par le sang de principes infectieux ou toxiques trouvant au niveau de l'utérus une porte facile pour leur élimination.

De même un long traitement arsenical peut donner lieu à des troubles menstruels. M. Bertrand, dans son étude sur les eaux du Mont-Dore, dit qu'il n'est pas rare de voir les règles sous l'influence des eaux devancer l'époque normale de leur apparition de huit et même des douze jours et qu'elles sont en même temps très abondantes.

M. Bouglé à l'hôpital Saint-Antoine a observé le cas d'une jeune fille qui, traitée par des injections de cacodylate de soude, vit peu de temps après ses règles devenir plus abondantes et se transformer en véritables ménorragies. Comme cette jeune fille était habituellement bien réglée, on n'a pu imputer ces troubles qu'à l'emploi de l'arsenic.

Le diagnostic se fera ici grâce à la coexistence de la maladie causale et le pronostic sera subordonné à la gravité de la maladie elle-même. Enfin le traitement sera celui de toute métrorragie et spécialement de la cause morbide qui l'a produite.

CHAPITRE III

Métrorragies dans les maladies du cœur, du foie et du rein

D'abord passées sous silence par les anciens auteurs qui se sont occupés des rapports de l'appareil génital avec le système circulatoire ; les métrorragies d'origine cardiaque n'ont été signalées et étudiées que par les médecins de notre époque : Gallard, Germain Sée, Peter, Durosier, Dalché, etc...

Pour eux les maladies du cœur ont une grande influence dans les productions des métrorragies ; et ces dernières se rencontrent plutôt chez les jeunes filles qui ont des lésions mitrales que celles qui ont des lésions aortiques. Le rétrécissement mitral pur paraît être l'altération valvulaire qui trouble la menstruation avec le plus de facilité ; son action congestive prédominante sur les poumons, puis sur les organes abdominaux, nous en donne la raison ; la nutrition générale des tissus et en particulier de l'ovaire reste pendant longtemps suffisamment bonne pour que l'ovulation, cause directe de l'hémorragie, persiste ; la congestion d'origine cardiaque est le

phénomène secondaire qui vient produire la métrorragie à la faveur de la menstruation.

Le rétrécissement pur acquis est assez rare ; les maladies mitrales complètes (insuffisance et rétrécissement), puis l'insuffisance pure sont plus fréquents ; enfin il convient d'insister sur les cas où une lésion mitrale même légère complique une lésion aortique.

Dans les affections organiques du cœur droit on ne connaît guère de cas de métrorragies ; cela se comprend en partie par le fait que le cœur gauche maintient longtemps l'équilibre sanguin, et que lorsqu'il commence à fléchir, l'organisme est déjà très débilité et dans un état de nutrition si précaire que les fonctions ovariennes sont le plus souvent éteintes.

Dans la maladie bleue, la puberté est tardive ; les fonctions ovariennes sont réduites au minimum et le plus souvent l'on note l'absence de règles et d'hémorragies.

Enfin lorsqu'une endocardite et à sa suite une altération valvulaire débutent et évoluent en même temps que la puberté, les accidents utérins se présentent de diverses manières : tantôt le rhumatisme ou la fièvre typhoïde sont à peine guéris, qu'avec les palpitations précoces et les premières inégalités des battements, commencent les métrorragies.

D'autres fois, mais bien plus rarement, l'affection du cœur dort pendant longtemps sans se manifester par aucun signe ; puis survient une légère dysp-

née, quelques irrégularités du poulx, enfin la métrorragie.

Voyons maintenant les caractères de ces hémorragies.

D'ordinaire les règles s'établissent tard et affectent le type ménorragique, puis métrorragique ; d'autres fois elles ont des retours plus rapprochés, la quantité de sang perdu prend des proportions croissantes, sa profusion devient extrême, si bien que dans les cas graves, rares par bonheur, les époques menstruelles finissent par se toucher et par se confondre. Il est des cas enfin où les métrorragies apparaissent subitement, précédées seulement d'un malaise léger, ou même sans aucune manifestation ; comme chez la malade de M. Dalché qui avait des métrorragies répétées incoercibles et chez qui tout moyen thérapeutique échouait ; on lui avait même pratiqué le curettage, mais en vain, lorsque à la suite d'une pleurésie elle eut un peu de dyspnée et à l'examen thoracique on trouva un rétrécissement mitral que rien ne pouvait faire soupçonner.

Quant aux explications que l'on a données du mécanisme de ces pertes elles sont variées et nombreuses.

Durosier pense qu'elles sont dues à la congestion de l'utérus, congestion passive par le fait de la maladie du cœur et congestion active par dilatation réflexe des vaisseaux utérins sous l'influence de l'irritation ovarienne : « L'ovaire congestionné provoque par irritation réflexe la vasodilatation de l'utérus et

un deuxième facteur de congestion vient s'ajouter au premier pour allonger la perte sanguine et la provoquer même dans la période intermenstruelle. »

L'action de l'ovaire est donc nécessaire, c'est pour cela que même à l'asystolie, époque où l'ovulation est le plus souvent supprimée, les métrorragies sont également supprimées.

Ces métrorragies sont encore aggravées par l'existence d'une lésion utérine ou périutérine si elle existe, par le mauvais état de la nutrition générale et par la production et l'accumulation dans les viscères de substances toxiques, éminemment aptes à produire la congestion irritative de l'ovaire et des altérations vasculaires de l'utérus.

Le diagnostic de ces métrorragies d'origine cardiaque n'offre pas grande difficulté : le tout c'est d'y songer et de rechercher si l'action du cœur n'intervient pas dans la genèse des pertes s'échappant d'un utérus sain, et même lorsque la matrice et les annexes sont malades il est bon de vérifier si l'hémorragie n'est pas entretenue et exagérée par une lésion valvulaire. Il ne faut pas oublier en effet que dans ces cas derrière l'utérus il y a un autre organe qui prend une grande part dans la production des pertes : c'est le cœur dont l'état doit nous occuper autant que celui de l'utérus. Il ne nous est pas permis d'espérer la guérison au sens strict du mot et la femme est exposée à de nouvelles rechutes ; mais nous pouvons atténuer ces accidents et calmer les douleurs,

La malade sera maintenue au lit et gardera l'immobilité le plus qu'il lui sera possible ; on débarrassera l'intestin par quelques purgatifs légers. On a conseillé la digitale avec succès ; on pourra la combiner le plus souvent, à doses faibles, à l'ergot de seigle, au sulfate de quinine, ou enfin l'opium et les sédatifs lorsque les accidents relèvent de l'hypertension artérielle. Si une lésion utérine concomittante oblige à arriver à une intervention opératoire, la guérison risque fort de ne pas être définitive et le traitement reste palliatif.

Maladies du foie. — L'action du foie sur le système utéro-ovarien a été surtout étudiée par Verneuil, Cornillou, M. Dalché, etc., et les récentes découvertes sur la part que prend le foie dans la destruction des toxines organiques sont venues jeter un jour nouveau sur les relations qu'il peut y avoir entre les troubles hépatiques et les métrorragies.

Dans la lithiase biliaire Cornillou pense que « les jeunes femmes qui ont des accès courts et éloignés n'ont pas de troubles menstruels ». M. Dalché cependant a vu les règles troublées par un premier accès de coliques hépatiques de moyenne intensité ; mais, ajoute-t-il, si les accès sont longs et fréquents, elle deviennent irrégulières.

D'autres fois les règles sont prolongées ou viennent de se terminer depuis deux ou trois jours lorsque apparaît une métrorragie qui dure un temps variable. Souvent ces pertes provoquent l'émission de caillots qui s'accompagne de troubles et de souff-

frances fort pénibles, indices d'une dysménorrhée congestive. Enfin si les accès de coliques hépatiques se répètent il peut arriver que la malade perde du sang presque continuellement.

Ces phénomènes peuvent même se produire dans les cas où une crise fruste et fort atténuée, ayant provoqué une notable congestion du foie, retentit autant sur la matrice qu'un accès le plus violent ; il peut même se faire que l'attention est seulement attirée du côté de l'appareil génital et c'est seulement par un examen systématique des organes que l'on parvient à rapporter au foie la cause des métrorragies.

A côté de la colique hépatique et de la lithiase biliaire et provoquant aussi la congestion réflexe utérine ou l'infection des voies biliaires, nous citerons l'ictère catarrhal et l'ictère infectieux bénin. Ce que l'on constate ici ce sont surtout des ménorragies, mais dans l'ictère grave l'on peut très bien constater des métrorragies.

M. Dalché déclare lui-même avoir vu des cas, où deux ou trois jours après la terminaison des dernières règles, le sang recommençait à couler.

Enfin une autre cause moins connue et d'une influence moins soupçonnée quoique assez fréquente est l'ictère acholurique ; cet état morbide que M. le professeur Gilbert a récemment individualisé, qui simule la chlorose ménorragique ou l'hémophilie et conduit même quelquefois à porter ce diagnostic erroné.

Les symptômes sont les suivants : l'aspect de la jeune fille garde une apparence blême avec une teinte jaune mat, variable suivant les sujets et les moments et s'accroissant à l'arrivée de la menstruation ; parfois les téguments ont seulement l'aspect du facies créole arabe et l'ictère cutané peut être si peu accusé qu'il est indispensable pour arriver à le saisir d'examiner le sujet en pleine lumière et sous certaines incidences.

Le foie est sensiblement normal mais peut déborder un peu les fausses côtes, pas d'hypertrophie de la rate. Notons encore de la dyspepsie, de la somnolence surtout pendant la période digestive de légères douleurs et névralgies enfin et surtout des symptômes hémorragiques : épistaxis, stomatorragies, hémoglobinurie, purpura, dont l'origine mal précisée est mise sur le compte de l'hémophilie. Les règles deviennent de véritables ménorragies ; elles n'ont plus leur durée habituelle, se prolongent pendant huit, dix jours, quelquefois davantage ; d'autres fois elles ne présentent rien d'anormal dans leur durée mais sont trois ou quatre fois plus abondantes.

Ce qu'il est important de remarquer enfin, c'est que dans la plupart des cas il n'existe guère de symptômes auxquels on puisse attribuer l'hémorragie. On note seulement une tendance hémorragique et à la dyspepsie ; d'autres jeunes filles ont les divers caractères des chlorotiques.

A ce sujet nous citerons l'histoire d'une jeune fille

rapportée par MM. Gilbert et Lereboullet et à qui un traitement contre la chlorose avait été indiqué, mais sans succès. M. Gilbert porta le diagnostic d'ictère acholurique et l'efficacité du traitement vint le corroborer (obs. V).

La pathogénie de ces pertes, considérée aujourd'hui comme la plus vraisemblable, rattache ces accidents à une altération du sang, des parois vasculaires, et à des lésions surtout congestives des éléments nobles du foie, altérations dépendant elles-mêmes de la présence de poisons et de toxines résultant de la mauvaise alimentation, de la constipation, de la dyspepsie, enfin et surtout de la présence de la bile dans le liquide sanguin qui vient diminuer sa plasticité et produire l'hémorragie à la faveur de la menstruation ou d'un traumatisme utérin.

Le diagnostic sera le plus souvent facile et se basera sur la coïncidence d'une lésion hépatique précédant la métrorragie ; la lithiase, la colique et l'ictère seront facilement reconnus. Nous n'insisterons que sur l'ictère acholurique qu'un médecin non prévenu pourra quelquefois ne pas distinguer. Dans les urines on pourra trouver des pigments biliaires ; mais cette recherche est inconstante et cliniquement l'acholurie est un symptôme fondamental, il faudra avoir recours ici à l'examen du sérum sanguin soit avec la réaction de Gmelin, soit au spectroscope pour trouver ces mêmes pigments caractéristiques de la présence de la bile.

Le pronostic sera le plus souvent bénin.

Le traitement doit s'adresser surtout au foie et dans tous les cas autant au foie qu'à l'utérus. M. Dalché a cité une observation d'une jeune femme qui refusa un curettage et guérit très bien par la seule médication antilithiasique.

Contre le symptôme métrorragie on emploiera tous les moyens usités dans ces cas : injections chaudes, hémostatiques, cautérisations, curettage même s'il y a de la métrite ; mais il ne faudra pas perdre de vue que le seul moyen de guérison complète sera de traiter en même temps la lésion hépatique.

L'on pratiquera l'antisepsie intestinale par les lavages, le calomel, les purgatifs ; l'on instituera le régime lacté puis un régime mixte avec prédominance des végétaux. Ni tabac, ni alcool.

En modifiant la nutrition générale, les alcalins régulariseront les fonctions digestives et du même coup les fonctions hépatiques. Dans l'ictère les lavements froids seront d'un excellent effet, enfin l'hydrothérapie et quelquefois une cure thermale viendront compléter la guérison.

Maladies des reins. — Moins fréquentes que celles d'origine hépatique, les métrorragies d'origine rénale existent cependant, mais sont très rares à la puberté.

Comme causes nous citerons l'ectopie rénale plus fréquente chez la jeune fille que l'on ne serait porté à le croire, consécutive soit à un amaigrissement rapide, soit à une subite poussée de croissance ayant

amené la perte d'équilibre dans les viscères abdominaux.

L'on observe en outre chez ces jeunes filles des troubles dyspeptiques et de l'entérite muco-membraneuse.

Le mécanisme de ces hémorragies s'explique par les connexions nerveuses des deux organes et Schrock a eu raison de dire : « Il est rationnel d'attribuer des désordres nerveux utérins à une irritation du plexus ovarique, anastomosé avec le plexus rénal et dont le tiraillement résulte presque forcément du tiraillement du rein. »

Les plexus ovariens irrités provoquent par réflexe la congestion utérine, source des hémorragies ; à cette congestion passive s'adjoint la congestion active de la menstruation ; ce sont les ménorragies qui débent, les lésions s'accroissant les métrorragies ne tardent pas à arriver.

A côté de la néphroptose se place la néphrite soit aiguë, soit chronique. Dans les néphrites aiguës, les écoulements sanguins intermenstruels sont de peu d'importance et sont sous la dépendance le plus souvent autant des lésions utérines dues à la maladie causale de la néphrite qu'aux lésions du rein.

Il n'en est pas de même pour la néphrite chronique, maladie qui se cache souvent, s'installe sournoisement et est difficile à dépister, pouvant passer inaperçue pendant longtemps à moins que d'une façon systématique on ne pratique l'examen des urines.

Toutefois l'on aura soin de vérifier si l'albumine

persiste dans la période intercalaire, car la fluxion cataméniale s'exerce sur le rein, et bien des jeunes filles au moment des règles émettent une urine contenant une albumine qui dépend de cette congestion rénale et disparaît après la crise.

Les métrorragies sont d'ordinaire peu graves ; dans certains cas cependant par leur répétition, elles viennent accabler un état général déjà délabré et exagérer l'anémie, la faiblesse, la pâleur de la brigitique.

Ce que nous avons dit de la néphrophose peut se répéter ici pour la gravelle ; les hémorragies intermenstruelles que l'on observe dans ces cas sont également dues à l'irritation des plexus rénaux par les calculs et les coliques consécutives ; ces plexus réagissent à leur tour sur les nerfs de l'ovaire pour provoquer la congestion utérine ; notons enfin la tendance qu'ont toutes les lithiasiques ou goutteuses à la congestion des viscères abdominaux et en particulier de la matrice.

M. Siredey a cité trois cas de métrorragies chez des jeunes filles, survenues en dehors de toute lésion cardiaque, hépatique et de toute affection génitale, le régime lacté a fait disparaître et l'albumine et les hémorragies.

Déjà en 1873 le professeur Reitz a observé chez une malade entrée dans son service pour une métrorragie abondante de la faiblesse et de l'anémie ; l'examen des organes génitaux ne révéla aucune lésion ; la malade avait éprouvé des crises de céphalalgie,

des vertiges, des nausées et des vomissements. Neuf jours après elle succomba avec des symptômes urémiques. Autopsie : Néphrite chronique, hypertrophie du ventricule, aucune lésion de l'utérus.

Pathogéniquement on explique ces pertes par des irritations réflexes parties des reins et allant à l'ovaire et à l'utérus, et surtout par les altérations du sang, des parois des vaisseaux et par l'hypertension artérielle consécutive à la néphrite.

Le diagnostic sera basé sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade et sur les divers symptômes de colique néphrétique et de néphrite.

Le traitement sera local : l'on emploiera tous les moyens susceptibles par eux-mêmes d'arrêter une hémorragie.

Dans l'ectopie l'on conseillera une ceinture abdominale avec pelote ou la néphropexie.

Mais c'est seulement le traitement général qui donnera un résultat vraiment appréciable.

Dans les néphrites aiguës et chroniques l'on prescrira une régime susceptible d'irriter le moins possible le rein et de nuire à ses fonctions de sécrétion, de temps en temps de légers purgatifs et des diurétiques.

Dans la lithiase il faudra surtout viser à régulariser la nutrition par un ensemble de moyens hygiéniques ; diminuer le plus possible la formation des composés uratiques, augmenter leur solubilité et activer la diurèse.

Ce n'est que par ces moyens généraux que l'on

parviendra à arrêter ces métrorragies qui, bien que bénignes le plus souvent, ne contribuent pas moins à aggraver l'état de ces malades, déjà affaiblis par leur maladie antérieure.

CHAPITRE IV

Métrorragies dans certains cas de chlorose, d'hémophilie et de purpura

Chlorose. — Parmi les formes cliniques de la chlorose, une des plus contestées est certainement la chlorose ménorragique. La plupart des auteurs admettent que dans ces cas il y a seulement de l'aménorrhée, et il a fallu l'autorité de Trousseau pour rendre discutable la possibilité de ménorragies chez les chlorotiques.

Trousseau n'a donné pour affirmer l'existence de cette forme que des arguments cliniques, dont le principal est l'hémorragie ; par les autres côtés elle ressemble à la chlorose ordinaire : même décoloration de la peau et des muqueuses, mêmes œdèmes durs et élastiques, mêmes troubles cardiovasculaires, mêmes troubles dyspeptiques, mêmes troubles nerveux, etc. Mais les troubles menstruels sont tout à fait différents ; ici ce que l'on observe ce sont des hémorragies menstruelles et intermenstruelles, qui présentent trois grands caractères ; elles sont graves, abondantes et peu douloureuses.

« Graves, on ne saurait en douter, dit M. Dalché,

quand on remonte aux observations. Une malade de Trousseau était arrivée à « l'état le plus déplorable » ; une autre de ses malades avait « des pertes effroyables au point qu'elle tombait en syncopes répétées, que deux matelas de laine, un sommier de crin, une pailleasse qui garnissaient sa literie absolument traversés, laissaient encore passer le sang qui formait sous le lit une petite mare rouge. » (Obs. VI). Thierloix parle aussi de « matelas transpercés ». Bouton est effrayé par l'hémorragie. Enfin Obre cite le cas d'une jeune fille vierge âgée de quatorze ans et trois mois qui succomba à la suite d'une première menstruation dont le flot désordonné ne put être arrêté à temps ».

« Et cependant, dit Trousseau, ces femmes qui ont des règles trop copieuses ont tellement les signes de la chlorose que l'appareil génital mis à part on ne pourrait la méconnaître ».

Cette opinion est devenue classique et en Allemagne même, Virchow, poussant à l'extrême les conceptions du médecin français, considère les hémorragies comme de règle dans la chlorose, mais c'est là une exagération évidente.

Il ne faudrait pas oublier d'autre part que cette chlorose n'a qu'un rôle secondaire, mais non point créateur au point de vue des hémorragies ; comme ces dernières elle dépend elle-même d'altérations d'ordre général et de vices d'évolution du côté des annexes, de l'utérus et même peut-être d'autres organes.

Quant aux explications que l'on a donné de ces pertes elles sont pour la plupart insuffisantes, incomplètes ou n'englobent qu'une partie des faits. M. Hayem a invoqué la faiblesse de l'appareil hémato-poïétique et la plasticité exagérée du sang.

Gaulieur L'Hardy parle de troubles vasculo-nerveux du système utéro-ovarien et des qualités du sang qui est altéré.

Virchow accuse surtout des vices d'évolution de l'appareil génito-urinaire et distingue deux variétés de faits : l'hypoplasie ou l'arrêt de développement de l'ovaire et de l'utérus et l'hyperplasie ou leur augmentation de volume.

Dans la chlorose, dit encore M. Gilbert, « les lésions des organes génitaux offrent une grande importance ; fréquemment les ovaires sont de petite taille et le corps utérin est moins volumineux que le col comme chez les enfants. Mais en face de ces cas où l'hypoplasie est évidente s'en rangent quelques-uns où les organes génitaux sont normaux ou même de dimensions exagérées ».

C'est là une opinion unanimement acceptée ; de nombreuses autopsies de chlorotiques ont montré des organes génitaux tantôt atrophiés, tantôt hypertrophiés.

Les métrorragies surviennent surtout chez les chlorotiques dont les ovaires hypertrophiés jouissent d'une plus grande richesse folliculaire ; la chlorose aménorrhéique se manifeste au contraire de

préférence chez les filles dont les ovaires atrophiés restent peu actifs.

« Il est bien probable, dit en effet M. Dalché, que la sécrétion interne de l'ovaire, ou à son défaut une influence ovarienne inconnue, suffit à exciter des phénomènes vaso-dilatateurs au niveau de la matrice ; une sécrétion exagérée et irrégulière produit l'hyperhémie et la fluxion, de même qu'une sécrétion supprimée ou diminuée entraîne l'aménorrhée. »

Comment maintenant expliquer les cas de métrorragies coïncidant avec l'hypoplasie ovarienne au moment de l'établissement de la menstruation ?

Cet arrêt de développement se voit rarement isolé, dans le plus grand nombre de cas il s'accompagne d'hypoplasie utérine ; c'est un vice d'évolution, un arrêt de développement de tout l'appareil sexuel, un retard localisé suivant l'appellation actuelle et qui a seulement sévi sur l'appareil génital.

Cet arrêt de développement utérin agit surtout en empêchant la libre circulation des liquides menstruels, occasionne leur stagnation dans l'utérus et permet à l'infection ascendante partie de la vulve et du vagin d'envahir la matrice (Pozzi).

Voilà le mécanisme le plus habituel par lequel l'hypoplasie finit par causer des hémorragies pubérales chez les chlorotiques insuffisamment réglées et qui paraissent alors atteintes de chlorose ménorragique.

Ce paragraphe que nous aurions pu classer dans le chapitre des métrites nous a paru mieux placé

ici à cause de ces rapports étroits avec la chlorose.

Au point de vue symptomatologique nous ne nous arrêterons pas à l'étude de la chlorose. Nous nous contenterons simplement de dire avec M. Hayem que ce sont des jeunes filles « dont le visage est pâle et prend une expression de langueur et de tristesse toute particulière, les yeux sont cernés et sans éclats, les paupières sont gonflées, les traits amollis et mal dessinés ».

L'on observe le plus souvent des souffles dans la région cardiaque, des essoufflements des palpitations, enfin de la gastralgie et des douleurs au niveau du creux épigastrique.

Quant aux métrorragies elles-mêmes, elles sont le plus souvent graves, les cas que nous avons cités antérieurement le prouvent suffisamment.

Non seulement les menstrues revêtent ce caractère exagéré, mais encore elles ont une durée plus grande que la normale.

Chez une jeune fille soignée par M. Thiroloix, le flux cataménial très régulier dans son apparition dure dix à quinze jours (obs. VII). Aussi exagération dans l'abondance et la durée de l'écoulement sanguin : voilà les deux caractères principaux des métrorragies des chlorotiques, c'est plutôt ménorragies que nous devrions dire, mais les cas où les pertes sont apparues d'une façon inopinée et inattendue, sont assez nombreux pour que nous puissions employer le mot métrorragie dans la chlorose.

Ces pertes d'autre part sont indolores et s'il existe des douleurs vives il faut immédiatement penser à la métrite.

Le diagnostic d'une affection aussi rare que la chlorose ménorragique ne va pas, on le conçoit, sans certaines difficultés.

En présence d'une jeune fille offrant l'aspect d'une chlorotique et présentant des pertes menstruelles exagérées, il faudra d'abord se demander si l'on est bien en face d'une véritable chlorotique et si c'est l'affection générale qui a précédé les accidents locaux. Il faudra rechercher avec un soin minutieux tous les signes de la chlorose ; ce qui sera important ce sera la date d'apparition des écoulements mensuels exagérés, la chlorose les précédant toujours, l'anémie en étant toujours consécutive.

L'on s'informera si la jeune fille n'a pas présenté dans son enfance des vulvites accompagnées d'écoulement.

On devra prêter également une attention particulière à l'examen des lésions orificielles du cœur et principalement à celles du rétrécissement mitral. L'on examinera avec soin s'il n'y a pas de symptômes d'infection et d'altération hépatique pouvant faire penser à la cholémie familiale ; cette dernière a enlevé à la chlorose un certain nombre de cas de métrorragies considérés d'abord comme lui appartenant, enfin l'on s'informera également si la jeune fille n'a pas de tendance à l'hémophilie.

Le pronostic est ici éminemment variable ; il est

différent pour chaque cas particulier et dépend de l'intensité des pertes de sang et de leur importance en quantité et en durée.

Le plus souvent elles sont très tenaces, très abondantes et très longues à guérir. Dans quelques cas elles ont pu déterminer la mort et dans d'autres l'auraient déterminée sans l'institution d'un traitement efficace.

Nous devons traiter à la fois l'hémorragie elle-même et la chlorose. Contre l'hémorragie abondante et profuse, et seulement dans ces cas, car il faut se rappeler que ce sont ici des jeunes filles, l'on emploiera les irrigations vaginales chaudes, les hémostatiques. Trousseau a même recommandé le tamponnement vaginal qui lui donna un succès dans l'observation suivante : « J'ai eu à traiter une jeune demoiselle de dix-neuf ans, chlorotique qui avait des métrorragies qui d'abord modérées finirent par devenir incoercibles..... Je fus obligé d'employer le tamponnement qui réussit merveilleusement et je pus avec les ferrugineux rétablir complètement la santé. La jeune malade quitta Paris et plus tard elle fut reprise des mêmes accidents ; cette fois la famille recula devant l'application d'un moyen qui répugnait horriblement à la jeune malade et que la jeunesse du médecin rendait un peu plus difficile à appliquer et la mort survint en conséquence des hémorragies qu'aucun moyen interne ne put arrêter. »

Le repos au lit est indispensable dans les cas intenses, remarquablement favorable dans les cas de

moyenne intensité, utile même dans les cas légers tout aussi bien au point de vue de l'hémorragie que de la chlorose elle-même. Il fait tomber l'excitabilité nerveuse et disparaître la fatigue ; il régularise le mouvement nutritif et a même l'avantage de supprimer le corset. La durée de ce repos n'aura pas de règle absolue et ne devra pas être cessé brusquement.

On instituera un régime alimentaire et on surveillera l'état gastrique ; l'on n'oubliera pas qu'une bonne alimentation est indispensable à la reconstitution du sang et de l'organisme et que le fer a par lui-même une tendance à exagérer la dyspepsie et qu'enfin la gastropathie prédispose aux récidives.

L'on commencera par traiter l'hypopepsie ou l'hyperpepsie et ensuite on donnera le fer qui est pour M. Hayem la médication de choix ; il agit non comme emménagogue, mais comme reconstituant et hémostatique. L'on pourra associer :

Protoxalate de fer. . . 0,10 à 0,20

Rhubarbe. 0,20 à 0,40 pour un cachet.

Ergot de seigle. . . . 0,20 à 0,50 2 par jour.

L'on a également préconisé l'arsenic, mais l'on proscriera l'emploi néfaste et pourtant si populaire du vin de quinquina. L'on conseillera enfin le grand air, l'hydrothérapie. Enfin l'on a même essayé avec succès l'opothérapie ovarienne : son action a été diversement interprétée, mais n'a donné lieu qu'à des hypothèses non encore parfaitement démontrées. Les heureux résultats de Spilmann et Etienne viennent

ainsi appuyer la *théorie génitale* à qui la découverte des sécrétions internes des organes donnera peut-être plus tard complètement raison.

Hémophilie. — Est une disposition aux hémorragies ordinairement héréditaire et congénitale, quelquefois acquise. Trois ordres de faits la caractérisent le plus souvent :

Des hémorragies externes qui sont spontanées ou traumatiques ;

Des hémorragies interstitielles (ecchymoses, hématomes) ;

Des arthropathies.

La plupart des auteurs qui ont traité la question se sont souvent très étendus sur la description de ces différents symptômes ; en revanche on en trouve peu, sauf M. Dauchez, qui aient parlé des métrorragies chez les hémophiliques ; ils se contentent de les citer et les relèguent au second plan comme Dommartin dans sa thèse.

Il nous semble cependant que ces pertes de sang ont une importance bien plus grande qu'on ne pense, tant par leur gravité et leur abondance que par la difficulté de leur traitement.

Il faut cependant tenir compte de ce fait que l'hémophilie est plus rare chez la femme que chez l'homme ; une femme de descendance hémophilique n'est pas elle-même d'ordinaire hémophile, mais ses descendants mâles le sont habituellement.

Grandidier, évaluant la fréquence des variétés d'hémorragies spontanées chez ces malades, cons-

tate que les métrorragies rentrent dans son énumération pour 8 cas sur 194.

Le plus souvent les jeunes filles hémophiles voient leurs règles s'établir de bonne heure. Dans les cas bénins les pertes sont seulement plus abondantes mais leur durée ne dépasse guère la durée normale et elles apparaissent aux époques habituelles ; dans d'autres cas, bien que leur apparition soit à peu près régulière, elles persistent plus que le temps normal, durent huit, dix, douze jours et la quantité est également plus grande (obs. VIII, IX, X).

D'autres fois l'influence de la moindre cause, une émotion morale, un excès quelconque, emmenant une congestion un peu exagérée des organes génitaux, suffisent pour prolonger les hémorragies ; le sang coule d'une manière continue, d'une façon pour ainsi dire uniforme, sans aucune tendance à l'arrêt ; la mort peut même survenir en très peu de temps si l'on n'institue pas un traitement efficace.

A la prochaine menstruation les mêmes phénomènes se produisent et finissent par amener un profond état d'anémie caractérisé par de la pâleur, des vertiges et des palpitations. Enfin les cas de métrorragies abondantes et profuses apparaissant à n'importe quel moment de la période intermenstruelle et sous l'influence de la cause la plus légère sont malheureusement assez nombreux pour que nous ayons droit d'appliquer à ces faits un pronostic souvent des plus sévères (obs. IX).

Quelles sont les lésions que l'on constate dans ces

cas, et comment expliquer le mécanisme de ces hémorragies ?

Les lésions anatomiques n'ont pas toujours été trouvées dans les autopsies : l'on a décrit des lésions des vaisseaux sanguins consistant en un amincissement de la tunique moyenne des artérioles qui deviendrait transparente et disparaîtrait même en certains endroits.

Wedemeyer admet un état paralytique des capillaires, résultat d'un développement incomplet et les rendant incapables de résister à la pression sanguine.

Toutes ces lésions peuvent exister mais ne sont pas constantes.

M. Hayem le premier a donné une bonne explication : il a constaté dans le sang des hémophiles la diminution du nombre des hémotoblastes ; or ces hémotoblastes ont un rôle essentiel dans la coagulation du sang : « L'altération de leurs éléments à la sortie des vaisseaux donne naissance à une variété de fibrine spéciale, à la fibrine du sang, qui est la principale cause de la formation du caillot, les hémotoblastes diminuant de nombre sous l'influence de causes le plus souvent toxiques, le caillot se forme plus difficilement.

Enfin M. le P^r Gilbert invoque pour expliquer la plupart des cas d'hémophilie la cholémie familiale. et Depaje de son côté cite un cas d'hémophilie traité avec succès par l'administration de corps thyroïde (*Médecine moderne*, Paris, 1897).

La marche de cette affection a peu de tendance à s'arrêter, sa durée est parfois fort longue malgré l'institution d'un traitement judicieux.

Enfin lorsque s'établit la menstruation qui vient ouvrir la porte aux hémorragies, cette dernière une fois ouverte, les perturbations sanguines l'empêchent de se refermer ; il se produit alors une déglobulisation plus ou moins rapide, une anémie grave ayant entraîné plusieurs fois la mort.

Le diagnostic est le plus souvent facile grâce aux antécédents héréditaires, familiaux et personnels de la malade. La facilité avec laquelle se produisent chez elle les hémorragies sous la moindre cause seront une indication suffisante pour reconnaître une métrorragie se produisant chez une hémophile.

Le traitement aura pour but de modérer et d'arrêter l'abondance de l'hémorragie ; le professeur Hayem conseille l'emploi de calorique comme moyen hémostatique ; ici en particulier les injections d'eau bouillie très chaude seront d'un grand secours, les observations ayant montré que l'élévation de température rendait au sang hémophile sa coagulabilité normale.

A ce propos nous citerons le cas de Gintrac qui envoya à Nice une de ses malades hémophile et qui dès lors n'eut plus d'épistaxis tant qu'elle y séjourna mais en présenta de nouveau dès son retour à Paris.

L'on préconisera enfin l'emploi de l'ergotine, du tanin, de l'adrénaline. Un médicament qui a donné en ces derniers temps de grandes espérances est le

chlorure de calcium, dont les propriétés toxiques sont à peu près nulles et la rapidité de son action très grande.

Sée pense que 4 grammes sont absorbés sans inconvénients. M. Roger a pu donner jusqu'à 12 grammes en prenant des précautions et sans inconvénients pour les malades. D'autres sont plus réservés et restent dans les limites de 0 gr. 20 à 4 grammes par jour, sauf dans les cas de néphrite ; si on veut l'administrer dans ces cas, il suffit de rechercher les chlorures dans l'urine si l'élimination n'est pas proportionnelle à l'ingestion, la contre-indication est formelle.

On peut l'associer, comme le fait M. Dalché, au sirop d'opium pour diminuer considérablement l'action offensive du produit.

D'après M. P. Carnot le chlorure de calcium a deux actions différentes suivant qu'il est donné à faible ou à forte dose ; son action coagulante n'étant pas proportionnelle à la quantité.

A faible dose il est un coagulant puissant, de 2 à 4 grammes cette action est très manifeste mais cesse au bout de quelques jours, c'est pour cela que M. Roger le donne pendant quatre jours puis en cesse l'emploi.

Nous terminerons en rapportant ici une observation de M. Carnot et qui montre bien l'efficacité de ce médicament : « Une jeune femme a depuis deux ans des douleurs dans le bas ventre du côté gauche et fait tous les deux mois, en dehors de l'époque de

ses règles, des métrorragies d'une extrême abondance et qui ne cèdent qu'après cinq à six jours d'un traitement rigoureusement suivi. M. Carnot fut appelé au mois de mars pour ces métrorragies qui menaçaient de prendre une gravité toute particulière ; il fit donner un lavement au chlorure de calcium de 10/200 ; le lendemain le sang ne coulait qu'en très petite quantité et cessa complètement dans la soirée.

Depuis, à la fin du mois d'avril, il s'est produit une récidive ; la malade prit spontanément un deuxième lavement qui enraya dès le lendemain cette nouvelle métrorragie.

Enfin dans les cas de métrorragies se répétant à chaque menstruation l'on pourra donner quelques jours avant les règles les pilules :

Ergotine.....	0,10
Sulfate de quinine.....	0,02
Poudre de digitale.....	0,01
» de coca.....	Q. S.

Pour une pilule 4 à 5 par jour pendant toute la durée des règles. Si le traitement ne réussit pas la première fois à la deuxième il se montre le plus souvent efficace.

Purpura. — Les métrorragies coexistant avec des symptômes purpuriques ont été peu étudiées, soit parce qu'elles sont peu fréquentes et considérées comme bénignes ; soit surtout parce que les phéno-

mènes purpuriques, plus saillants et plus graves, ont davantage attiré l'attention du médecin.

D'autre part le nombre restreint d'observations dont nous ayons eu connaissance ne nous permettent pas d'en faire une étude détaillée.

Or, ces pertes de sang ont souvent leur importance surtout lorsqu'elles se produisent à la puberté ou le moindre trouble morbide est suivi de conséquences parfois fort graves.

Leur origine est celle du purpura, les mêmes causes les produisent et si elles se localisent de préférence à l'utérus plutôt qu'aux muqueuses nasales ou stomacales, etc., c'est à cause de l'existence de la menstruation qui crée en ce point une porte tout ouverte à l'hémorragie ; dans l'intervalle des menstrues la nutrition languissante ne permet pas de subvenir assez rapidement à la réparation de ces effractions mensuelles.

Ces métrorragies ne sont donc que des épistaxis se faisant au niveau de l'utérus au lieu de se faire sur la muqueuse du nez ou de l'estomac, etc.

Pour s'en convaincre il suffit de parcourir les diverses observations de purpura pour voir qu'il y a une corrélation dans l'apparition des uns et des autres.

Tantôt c'est la perte utérine qui commence (observation XI) plus ou moins abondante. A peine est-elle arrêtée qu'apparaissent immédiatement sur les diverses parties du corps les différentes variétés de taches purpuriques ; tantôt c'est l'inverse qui se pro-

duit le plus souvent (obs. XII et XIII), les métrorragies apparaissent au moment où les pétéchies sont en voie de régression et où la malade semblait guérie ; enfin les deux variétés de symptômes peuvent exister ensemble et évoluer en même temps.

Pour expliquer ces diverses pertes sanguines l'on a incriminé des altérations du système nerveux, du foie, du rein, du sang, des vaisseaux et de la moelle osseuse.

Mais ce ne sont là que des lésions consécutives elles-mêmes à une cause primordiale qui serait pour certains auteurs la présence dans l'organisme de substances toxiques et toxi-infectieuses résultats de la misère, du surmenage, des maladies antérieures, etc. ; l'on a enfin dans ces derniers temps accusé des vices d'évolutions et des altérations des sécrétions internes des différents organes.

La durée de cette affection est extrêmement variable ; elle est subordonnée à l'étendue et à la gravité des lésions ainsi qu'à l'abondance des pertes de sang. Il s'agit ici le plus souvent, comme le dit M. Hayem, d'une véritable diathèse hémorragipare ; aussi a-t-on vu de ces malades avoir des récurrences pendant plus de vingt ans ; quant aux périodes intermédiaires elles peuvent être également fort longues.

Le mode de terminaison n'est pas moins variable ; rarement les métrorragies n'occasionnent la mort par elles-mêmes, mais elles contribuent pour beaucoup dans l'acheminement de la malade vers un

dépérissement progressif et un pronostic fatal. Dans d'autres cas étant donnée la longueur des périodes de latence il est absolument impossible chez de tels sujets d'affirmer la guérison.

Le diagnostic sera facile quand il y aura coïncidence d'hémorragies cutanées ou muqueuses avec les métrorragies ; il en est malheureusement pas de même dans les cas rares où l'on se trouve en présence de pertes utérines précédant le purpura ou lorsque celui-ci n'est composé que de rares éléments. On pense alors à une affection locale de l'organe qui saigne.

Enfin quand les métrorragies se produisent avec d'autres hémorragies cutanées ou muqueuses il peut se produire une confusion parfois fréquente. On pose le diagnostic d'hémophilie, alors qu'un examen un peu attentif fait entrevoir entre ces deux états des différences bien tranchées. Le traitement sera celui de toute métrorragie.

Contre le purpura l'on prescrira avec plus ou moins de succès un régime surtout lacto-végétarien, l'arsenic sous ses diverses formes, enfin le chlorure de calcium comme dans l'hémophilie.

CHAPITRE V

Métrorragies consécutives aux troubles des sécrétions internes en particulier de celles de l'ovaire et du corps thyroïde

Dans ce chapitre nous voulons simplement mettre en relief certains cas de pertes intermenstruelles et même de ménorragies survenues souvent sans causes bien appréciables, sans troubles nets de la santé, sans altérations manifestes du côté de l'état général auxquelles on puisse, au premier abord, attribuer l'origine de ces hémorragies.

D'autres fois ces troubles existent, mais on leur attribue une médiocre importance, on les considère comme inhérents à l'évolution pubérale. Ne sachant le plus souvent à quoi les attribuer on répond : c'est à la croissance, et l'on attend patiemment que tout rentre dans l'ordre. Ceci se produit heureusement assez souvent dans un temps plus ou moins long, mais pendant ce temps la jeune fille a souffert, s'est débilitée ; son organisme a été troublé dans son évolution ; ses organes n'ont pas atteint leur degré de développement normal ; leur résistance a dimi-

nué et leurs fonctions se sont altérées. Qu'il survienne le moindre traumatisme, la moindre maladie, ces altérations jusqu'alors à l'état latent, se révéleront et, si le traitement est un peu tardif, dureront tant que durera la vie de la malade, alors qu'au début il aurait suffi d'un simple régime ou un peu d'hygiène, une simple médication anodine, pour tout faire rentrer dans l'ordre.

Ces troubles d'évolution pubérale considérés autrefois comme idiopathiques ont été rattachés grâce à certaines données physiologiques et biologiques, aux altérations des sécrétions des diverses glandes vasculaires sanguines, en particulier à celles de l'ovaire et du corps thyroïde.

On a tenté de les expliquer, ainsi que certaines malformations organiques et certaines de ces variétés de métrorragies considérées comme essentielles, par des troubles d'évolution et même par des altérations du côté de ces mêmes glandes.

La physiologie et la biologie montrent en effet que leur développement est en corrélation intime avec le développement morphologique des organes du corps entier, que le retard total ou partiel, la mauvaise évolution des uns, grand écueil de cette période pleine de changement qu'est la puberté, n'est pas sans se faire ressentir sur l'évolution de tous les autres et sans imprimer à la vie génitale et même à la vie entière une marque ou une tare dont la femme aura grand peine à se débarrasser si elle y réussit.

Mais ce serait une grave erreur de croire que

les seules dystrophies ovariennes et thyroïdiennes apportent une perturbation à la marche normale de la croissance et de la puberté ; comptons aussi sur les troubles gastro-intestinaux et sur les dystrophies rénales ou hépatiques ; mais ces dernières altérations avec leurs symptômes primordiaux ne sont pas encore très bien connues ; nous en attribuons peut-être certaines à l'action des glandes thyroïdiennes ou ovariennes, tandis qu'elles peuvent très bien relever de l'action des premières.

L'on parviendra plus tard, espérons-le, à attribuer à chacune la part qui lui revient.

De même les diverses idées que nous exposons ici ne sont pas encore pour la plupart sorties du domaine de l'hypothèse ou de la théorie ; elles s'appuient cependant sur des faits absolument certains : sur l'analogie des divers symptômes d'insuffisance ovarienne ou thyroïdienne observés à tout âge, avec ceux observés à la puberté en coïncidence avec des métrorragies, et par la guérison des premiers par l'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne ou par l'emploi de l'arsenic à la place du corps thyroïde.

Elles s'appuient peut-être également, quoique d'une façon plus indirecte et moins sûre, sur l'expérience d'Hoffmeister, qui en extirpant le corps thyroïde chez les animaux, et en examinant les ovaires au point de vue de leurs altérations microscopiques, a observé une maturité spontanée et prématurée des follicules ovariens.

Cette expérience porterait à conclure que la sup-

pression de la sécrétion thyroïdienne amène après elle une accélération dans la maturité des follicules de Graaf.

Or dans le myxoedème il y a le plus souvent amenorrhée persistante ; c'est qu'ici la nutrition est tellement ralentie que les fonctions génitales n'ont même pas été réveillées ; ce n'est pas le cas des animaux d'Hoffmeister, ce ne sera pas le cas également des divers types « d'hypothyroïdie bénigne » que nous décrirons, ici la fonction ovarienne a pu s'établir et la sécrétion thyroïdienne est insuffisante pour la modérer.

Tous ces faits ne sont encore qu'incomplètement connus et nous systématisons peut-être un peu trop. M. Dalché dit lui-même avec raison : « Les troubles des diverses sécrétions internes interviennent d'une façon moins isolée et moins schématique que nous sommes tentés de le supposer ; certaines observations nous portent à soupçonner des associations dans les dystrophies glandulaires, ovaire et thyroïde par exemple, avec des cas de synergie organique dont la connaissance due à la pathologie, éclairera plus tard les lois de la corrélation interorganique dans le mécanisme de la croissance et de l'involution de l'être. »

En attendant que ce complément d'étude se fasse voyons quels sont les caractères que l'on attribue à la dystrophie ovarienne, quelles sont les propriétés et l'action spéciale que possède la sécrétion normale de l'ovaire, nous verrons mieux ensuite les troubles

que les modifications de quantité et de qualité peuvent occasionner pour produire des métrorragies.

Le suc ovarien, et peut-être même utérin, ont pour principale action de diminuer l'activité du suc thyroïdien et d'attirer à eux les forces nutritives pour permettre aux organes de la génération de faire face sans fatigue et sans altérations de leur part à ce surcroît de travail occasionné par le fait de la révolution pubère.

C'est ainsi que nous assistons aux transformations de l'utérus infantile en utérus de jeune femme ; le corps se développe très rapidement, ses éléments musculaires se multiplient, s'hypertrophient et lorsque la menstruation se produira, il sera capable, une fois l'irritation réflexe due à la rupture du follicule de Graaf terminée, de revenir sur lui-même et de faire disparaître cette vaso-dilatation momentanée qui l'avait envahie.

L'activité thyroïdienne diminuant, nous verrons la croissance de la taille s'arrêter, en même temps que la jeune fille aura déjà pris les formes et l'aspect de la jeune femme.

L'action vaso-dilatatrice des éléments sécrétoires du corps thyroïde sur les vaisseaux périphériques (fait qui se traduit par une élévation marquée de la température des téguments et par une sensation de chaleur chez les malades hyperthyroïdisés), est contre-balancée ou annihilée par une action contraire due à la sécrétion ovarienne. L'arsenic et l'iode de la glande thyroïde ayant perdu de leur importance, une

fois l'organisme arrivé à l'état adulte, sont éliminés par les menstrues (Gauthier).

Nous nous arrêterons là dans l'énumération des propriétés du suc ovarien.

Qu'il nous suffise maintenant de retenir que son existence est due à la nécessité qu'il y a de mettre un frein à l'action prépondérante du suc thyroïdien, lequel préside surtout aux phénomènes de la croissance.

La sécrétion ovarienne en arrêtant cette croissance par un mécanisme inconnu permet aux éléments nutritifs généraux de subvenir aux dépenses occasionnées par l'évolution génitale au niveau des organes génitaux.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question sont en effet d'accord pour reconnaître cet antagonisme entre les deux glandes.

Hertoghe, un des premiers, insiste sur l'action inhibitrice qu'exerce le corps thyroïde sur la menstruation, et arrive à cette conclusion qui n'est cependant qu'une partie de la vérité, que plus les fonctions thyroïdiennes sont diminuées plus les fonctions utéro-ovariennes sont exagérées.

A son tour Blondel soutient : « Que l'antagonisme du corps thyroïde et de l'appareil génital est démontré par de nombreux faits », et il cite à l'appui de son opinion l'arrêt des métrorragies sous l'influence du traitement thyroïdien.

Cette sécrétion interne de l'ovaire s'établit à l'apparition de la puberté ; sa présence est subordonnée à

l'état de la jeune fille, à son degré de développement, à son état de nutrition. Si la jeune fille n'a pas de tares héréditaires, si sa santé est parfaite, si elle n'est pas exposée à des travaux pénibles et aux fatigues si fréquentes à cette période de la vie, l'organisme fera sans fatigue les frais de cette évolution ; les organes se développeront normalement, les sécrétions internes abondantes dès le début rempliront exactement leurs rôles. Quand la menstruation s'établira, le terrain étant déjà préparé, le tout se passera le mieux possible. Mais souvent il n'en est pas ainsi surtout à notre époque où le surmenage est de règle : surmenage intellectuel pour la jeune fille des écoles, surmenage physique pour la jeune fille des usines. Leur nutrition défectueuse est à peine suffisante pour réparer les pertes quotidiennes dues à l'usure des cellules organiques et lorsque arrive un surcroît de travail la nutrition fait faillite ; les diverses fonctions nouvelles de la puberté ne s'établissent pas dans l'ordre normal ; les phénomènes métalliques et l'équilibre chimique sont troublés ; ou si elles s'établissent, elles s'établissent mal et d'une façon défectueuse. Ces modifications viendront troubler la corrélation intime qui existe entre ces deux glandes à sécrétion interne ; l'altération de l'une retentira sur les fonctions de l'autre.

Ces retards dans l'établissement de la fonction ovarienne ne permettront pas à l'utérus de se développer, il restera infantile et le corps thyroïde accapara pour lui seul les forces vitales, dont dispose

l'organisme et les emploiera à l'organisation des parties qui sont directement sous sa dépendance.

Qu'à ce moment-là se produise la menstruation, qu'un follicule de Graaf arrive à maturité ; cette menstruation surprendra l'utérus dans une position défavorable ; ce dernier étant dans un état de développement incomplet ne pourra réagir contre la vasodilatation dont il est le siège ; ses capillaires seront rompus et son impuissance contractile ne pourra fermer cette porte à l'hémorragie, que les produits d'élaboration du corps thyroïde resté normal ou même hypertrophié auront encore tendance à ouvrir davantage ; ces produits ce seront l'iode et l'arsenic, « le flux menstruel ayant pour origine et raison d'être une sorte de déplétion des principes arsenicaux et iodés de la glande thyroïde » (Gautier) sera d'autant plus abondant que leur production sera plus grande.

La symptomatologie de ces divers états est difficile à faire à cause de l'imparfaite connaissance des multiples actions des deux glandes.

Si nous connaissons en grande partie les phénomènes morbides inhérents aux altérations de leurs cellules, nous ne savons pas encore très bien auxquelles des deux il faut les rattacher, est-ce à l'insuffisance ovarienne ou à l'hyperfonction thyroïdienne, est-ce à l'hyperfonction génitale ou au myxoedème ?

Seuls les principaux caractères ont été à peu près élucidés : dans l'insuffisance ovarienne compliquée d'atonie ou d'infantilisme utérin, l'on observe le plus souvent deux sortes de phénomènes bien diffé-

rents, deux états pouvant être complètement dissemblables : l'un qui arrive à simuler un syndrome de Basedow, l'autre qui prend les apparences du myxœdème. Le premier correspond à la forme de dystrophie ovarienne avec sécrétion normale ou exagérée du corps thyroïde ; le deuxième se rattache à l'insuffisance ovarienne combinée à l'insuffisance thyroïdienne et sera décrit avec cette dernière.

La première forme s'applique aux jeunes filles en apparence bien portantes, quelquefois trop grandes pour leur âge, ayant toutes les apparences de la puberté, le cou a grossi, les seins sont devenus sensibles et ont augmenté de volume ; les membres, les épaules et les hanches sont devenus ceux d'une jeune femme ; mais la menstruation n'apparaît pas à l'époque normale ; elle se fait tardivement et d'une façon irrégulière, le réveil génital est tardif, les ovaires et surtout l'utérus restant à l'état infantile.

La première menstruation les vient pour ainsi dire surprendre dans leur sommeil, les règles deviennent le plus souvent dès le début de véritables ménorragies ; elles sont excessives dès leur apparition. La jeune fille perd une quantité considérable de sang accompagnée habituellement de dysménorrhée avec caillots ; elles sont précédées de bouffées de chaleur, crises de sueurs, de dyspnée, de tachycardie, de modifications, de caractère, qui devient irritable, de la céphalalgie, des vertiges et de la dyspepsie. En un mot l'on rencontre les manifestations extérieures de la puberté poussées à un extrême degré et tradui-

sant un état d'irritation générale due à la prédominance de la sécrétion thyroïdienne dont les éléments n'ont pas été éliminés par suite de l'absence de menstruation.

Aussitôt qu'un follicule de Graaf se sera rompu, l'on comprend facilement que les règles qui suivront seront abondantes, mais si l'état de nutrition de la jeune fille permet de réparer facilement ces pertes de sang tous ces phénomènes morbides s'amenderont et disparaîtront les uns après les autres à mesure que la fonction ovarienne se régularisera, et que l'utérus en se développant deviendra plus résistant.

Si au contraire l'état général est profondément atteint dès le début, les autres follicules de Graaf s'arrêteront dans leur évolution : la jeune fille étant à l'abri des pertes pendant quelque temps pourra reprendre des forces, l'utérus réveillé de son état de torpeur par ce premier afflux sanguin pourra se développer rapidement et, lorsqu'une nouvelle menstruation aura lieu, les organes génitaux seront davantage préparés pour que tout se passe mieux que la première fois.

Le diagnostic se basera sur la constatation de l'hypertrophie thyroïdienne lorsqu'elle est manifeste et sur les divers phénomènes vaso-moteurs et nerveux qui l'accompagnent, sur la dysménorrhée parfois vive avec douleurs prémenstruelles, et sur l'état infantile de l'utérus.

Ici l'opothérapie ovarienne sera le meilleur remède à tous ces maux : elle viendra à la fois inhiber la

fonction thyroïdienne et hâter le développement de l'appareil utéro-ovarien ; les ovaires employés pourront être à l'état de nature, en poudre desséchée ou en ovarine ou en extrait glycérimé.

Insuffisance thyroïdienne. — Si nous passons maintenant à la deuxième variété de faits, celle dont les symptômes simulent l'apparence du myxœdème, les phénomènes morbides sont complètement différents, ils dérivent d'une conception toute autre qui, bien que théorique encore du moins en partie, n'est pas moins rendue légitime par les bons effets obtenus dans ces cas par l'opothérapie thyroïdienne ou l'arsenic.

Ces divers cas doivent être classés sous la dénomination de dystrophie thyroïdienne. Ici, ce n'est plus la sécrétion de l'ovaire qui est insuffisante primitivement, mais celle du corps thyroïde.

Cette insuffisance à peu près complète produit le myxœdème vrai coïncidant avec une aménorrhée persistante et rebelle ; les troubles nutritifs sont ici tellement accentués que le réveil génital ne peut avoir lieu. Mais lorsque cette insuffisance est moins complète, la nutrition est moins atteinte, les symptômes de dysthyroïdie sont moins nets, quelquefois même à peine perceptibles ; ils constituent les cas de myxœdème frustes de Hergothe, d'autant plus frustes que la sécrétion thyroïdienne se rapprochera le plus de l'état normal. Les fonctions des organes sont peu troublées ; si la plupart ne se développent pas, du moins leurs fonctions s'accomplissent nor-

malement ; de là l'explication des divers cas d'infantilisme décrits dans certaines observations, et sans qu'on puisse noter l'existence de symptômes morbides consécutifs.

Les différents appareils de ces organismes peuvent très bien vivre de la vie habituelle si l'on peut parler ainsi ; mais ils sont incapables de faire le moindre effort en vue de leur amélioration et de leur évolution.

D'un autre côté au moment de la puberté, les ovaires, grâce à l'existence de cet état de nutrition seulement un peu ralentie, mais non diminués, peuvent de leur côté voir leurs fonctions se réveiller, tout aussi bien la fonction externe que la sécrétion interne ; les follicules ovariens peuvent très bien arriver à maturité et une fois en évolution avoir comme dans l'expérience d'Hoffmeister une évolution plus rapide qu'à l'état normal ; la sécrétion thyroïdienne n'ayant ici qu'un pouvoir inhibiteur insuffisant.

Les caractères correspondants à cette insuffisance thyroïdienne seront représentés surtout par un état d'infantilisme plus ou moins marqué. La jeune fille infantile reste une grande fillette à laquelle la puberté n'apporte pas ses modifications ordinaires ; les seins ne grossissent pas ; le cou demeure virginal, sans saillie thyroïdienne, les poils ne poussent pas au pubis et aux aisselles, le torse reste cylindrique, les hanches ne subissent qu'un faible élargissement et l'échancrure de la taille se dessine à peine ; ce

sont là quelquefois les seuls symptômes que l'on constate.

Dans ces cas les règles peuvent apparaître tardivement, mais se montrent d'ordinaire aux époques normales ; elles sont d'emblée abondantes, puis arrive un temps d'arrêt de plusieurs mois ; à la nouvelle menstruation les pertes continuent et même s'aggravent. Les intervalles compris entre les différentes pontes ovulaires diminuant peu à peu et les ménorragies ayant peu de tendance à diminuer amènent chez la jeune fille un état d'anémie parfois fort inquiétant.

Ces règles ont encore pour caractères essentiels d'apparaître comme chez notre malade (obs. XIV) sans phénomènes précurseurs en l'absence de tout trouble inhérent à la venue des premières règles. ici le mot ovulation serait préférable à menstruation.

D'autres fois, par un examen attentif, l'on pourra reconnaître certains symptômes du myxœdème vrai et plus ou moins accentués, comme une sensation de froid pour ainsi dire continuelle, une sécheresse extrême de la peau, une légère infiltration des téguments. Notre attention devra être surtout attirée vers l'examen du système nerveux et cérébral ; l'on note souvent chez ces malades de la lenteur de la pensée et des mouvements et de l'insuffisance du côté de la mémoire et de l'intelligence.

Il ne faudrait pas croire cependant que dans tous les cas les métrorragies ont toujours ce caractère

indolore et d'apparition subite dont nous avons parlé ; il est des cas où l'utérus est lui-même atteint de malformation, soit d'un arrêt de développement comme le veut Hertoghe, et qui porte sur la paroi postérieure de l'utérus, lequel s'infléchit sous la poussée de la paroi antérieure.

Enfin la matrice comme les téguments peut être infiltrée, molle, œdématisée ; son volume est augmenté ; ses éléments de soutien étant parfois insuffisants, elle pourra subir des flexions des coudures.

Consécutivement, il se produira de la dysménorrhée par congestion utérine, des douleurs menstruelles et des métrorragies encore aggravées par une tendance toute particulière à l'hémophilie qu'ont la plupart de ces malades.

Comme le dit avec raison M. Dalché, « les métrorragies sont des phénomènes qui ne manquent pour ainsi dire jamais au cours du myxœdème complet ou fruste et dans la rétroflexion de l'hypothyroïdique ; la médication opothérapique trouve ici son indication ».

Le diagnostic sera facile lorsque l'on pourra reconnaître quelques-uns des symptômes caractéristiques du myxœdème en coïncidence avec les pertes de sang.

D'autres fois l'on n'aura guère pour se guider que l'état infantile du sujet, ne présentant pas l'aspect d'une jeune fille pubère, le médecin devra ici avoir recours à toutes les investigations possibles, il devra employer toute sa sagacité pour pouvoir reconnaître

l'origine de ces métrorragies et instituer un traitement convenable.

Ce traitement devra être institué dès le début des ménorragies ; il ne faut pas négliger en effet de traiter tout ce contingent de jeunes filles que les médecins soignent mal parce qu'elles ne présentent pas ou peu de lésions ; mais elles ont au moins de l'insuffisance thyroïdienne, cause des hémorragies utérines.

Ici le traitement par l'opothérapie thyroïdienne sera parfaitement indiqué et d'autant plus efficace qu'on lui adjoindra l'emploi de l'hydrothérapie et la prescription d'un bon régime. Au lieu de corps thyroïde, l'on pourra également employer comme dans notre observation l'arsenic sous toutes ses formes, élément de la sécrétion thyroïdienne. Il agira de la même façon que le fer dans la chlorose à titre de tonique et reconstituant.

Nous ne dirons qu'un mot maintenant de l'hyperfonction de l'hyperactivité ovarienne provoquant une menstruation exagérée. « Il est bien probable, dit M. Dalché, qu'ici la sécrétion interne de l'ovaire ou à son défaut une influence ovarienne inconnue suffit à exciter des phénomènes vaso-dilatateurs au niveau de la matrice ; une sécrétion exagérée ou irrégulière produit l'hyperhémie ou la fluxion, de même qu'une sécrétion supprimée ou diminuée entraîne l'aménorrhée. »

Il existe peut-être même ici un défaut d'inhibition

du corps thyroïde insuffisant, n'exerçant pas sur l'ovaire une action modératrice assez forte.

C'est peut-être là l'explication de certains cas de chlorose ou d'hémophilie accompagnés de fortes métrorragies.

Il semble donc exister des faits qui relèvent d'une hyperactivité ovarienne ; ils peuvent être rapprochés en partie de ceux où il s'agit d'élaboration défectueuse du suc ovarien et relevant le plus souvent de troubles de nutrition d'ordre général ; nous en avons dit un mot dans notre premier chapitre.

Terminons enfin en disant que l'on peut également observer des cas où les sécrétions génitales peuvent survenir sans cause bien appréciables, avec une vivacité qu'elles conserveront pendant quelque temps jusqu'à ce qu'elles aient repris un caractère physiologique normal. Les phénomènes vaso-dilatateurs qui en résultent amènent une hyperhémie momentanée de la muqueuse utérine, qui disparaîtra lorsque l'incitation sera elle-même modérée et les règles cesseront elle-mêmes de couler avec une trop grande abondance ; chez ces jeunes filles l'exagération de la fonction est suivie d'une fonction régulière ; quelquefois même sans que l'on sache bien pourquoi il y a ensuite aménorrhée complète et persistante comme dans l'observation d'Eustache (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1897), où il s'agit d'une jeune fille considérée comme hystérique qui eut des pertes persistantes presque sans aucun jour d'interruption pendant trois ans consécutifs. Tous les médicaments de la phar-

macoppée furent employés, même le curettage, redressement de l'utérus, dilatation, électrisation, rien n'y fit. Elle se maria ; le lendemain de la nuit de noce, l'hémorragie avait cessé.

Le quatre-vingt-douzième jour elle eut une nouvelle perte, puis succéda une aménorrhée complète pendant deux ans malgré l'administration avec insistance de toute la gamme des emménagogues. C'est là, avouons-le, un cas extrêmement rare.

Quant aux considérations exposées plus haut, si elles sont vraies, elles ne resteront pas purement théoriques ; elles constitueront des indications particulières du traitement.

TRAITEMENT DES MÉTRORRAGIES

Comme on a pu le voir, le traitement des métrorragies de la puberté est susceptible de varier à l'extrême. Dans chacun de nos chapitres nous avons décrit la thérapeutique particulière que demandait chaque cas un peu spécial.

Nous allons maintenant parler du traitement que l'on peut employer dans presque toutes les formes d'hémorragies pubérales.

Dans certains cas heureux il nous donnera un succès facile. Il suffira de prescrire des injections, quelques pratiques d'hydrothérapie, tout en nous efforçant d'améliorer l'état général ; d'autres fois l'écoulement sanguin résistera de la façon la plus tenace à de multiples moyens thérapeutiques et nous serons obligés tour à tour d'avoir recours aux procédés les plus divers.

Pour en arriver là il n'est pas nécessaire que la perte nous inquiète par la quantité de sang qui jail lit ; un suintement prolongé, qui persiste sans arrêt ou se reproduit dès qu'on cesse d'intervenir, finit par fatiguer les patientes, les rend neurasthéniques, et nous trouve sinon désarmés du moins fort embarrassés pour le supprimer.

Les métrorragies n'étant en réalité que des symptômes d'affections plus ou moins apparentes; il convient de leur opposer deux sortes de traitements :

Un traitement étiologique visant à la guérison à une date plus ou moins prochaine de la lésion causale.

Un traitement symptomatique destiné à parer au danger immédiat, lorsque l'hémorragie par son abondance nous force la main et qu'il s'agit d'arrêter d'une façon immédiate et sur l'heure un plus dangereux à bref délai.

La première indication, enseignent MM. Labadie-Lagrave et Legueu, consiste à modérer l'afflux de sang vers l'utérus, en maintenant la jeune fille au lit dans l'immobilité la plus absolue, la tête un peu basse, le bassin au contraire légèrement élevé, les extrémités réchauffées au moyen de linges chauds ou de récipients d'eau chaude ; on ne la laissera se lever sous aucun prétexte. Une syncope cause un arrêt trompeur de la perte qui recommence à mesure que la malade reprend ses sens.

Aussitôt arrivé près de la malade on lui fera donner de grandes irrigations vaginales d'eau aussi chaude qu'elle pourra la supporter ; et comme ces hautes températures sont mieux tolérées par la muqueuse vaginale que par les lèvres et les téguments des cuisses ou elles provoquent une sensation douloureuse, si l'on a pas à sa disposition un de ces appareils spéciaux qui évitent les brûlures, on enduira d'une forte couche de vaseline la vulve et la partie supérieure des cuisses. De la sorte l'on par-

viendra sans trop d'inconvénient à faire passer de l'eau à 45, 47, 48 et même 50 degrés.

Il arrivera cependant des cas où dans certaines familles ce mode de traitement provoquera certaines répugnances, certaines résistances, basées sur des craintes vaines ou un sentiment de pudeur mal comprise.

Ici le médecin devra avoir assez d'autorité dans ces cas urgents pour faire comprendre à ces familles la nécessité qu'il y a d'intervenir vite ; la médication interne pouvant donner de très bons résultats, mais elle agit bien plus lentement et bien moins efficacement que les injections.

L'injection vaginale est d'ailleurs pratiquée de telle façon qu'il n'en résulte aucun dommage pour la jeune fille ; il faut employer une canule de petit calibre, en caoutchouc très flexible, dont l'extrémité soit peu ou pas renflée et son passage à travers un orifice hyménéal même étroit ne risque de causer ni effraction ni souffrance.

Dans certains cas surtout si l'écoulement sanguin est peu abondant et qu'une congestion utérine s'accompagne de sensibilité assez vive, il peut y avoir avantage, d'après l'avis de M. Dalché, d'arriver à ces hautes températures que d'une façon progressive mais assez rapide ; quelquefois il y a même avantage à substituer l'eau tiède à (38°-40°) à l'eau chaude.

La pression sera de 0, m. 50 à 0 m. 60, et, selon les cas, on en conseillera plusieurs par jour. M. Dal-

ché a rapporté l'observation d'une jeune pubère dont la perte, arrêtée complètement pendant la journée, reprenait au courant de la nuit, si bien que le matin elle se trouvait encore dans le sang et désespérait de guérir. L'infirmière veilleuse lui donna une injection toutes les nuits entre minuit et 1 heure du matin et depuis la métrorragie s'arrêta complètement.

A l'exemple M. Reclus on pourra essayer également des irrigations rectales d'eau chaude ; l'on peut en obtenir de très bons effets.

Une fois l'injection donnée si les pertes persistent avec la même intensité l'on pourra pratiquer un tamponnement avec la solution d'adrénaline ou même de préférence avec la solution de gélatine, comme le veut M. Dalché ; c'est, pour lui, le procédé le meilleur, le plus efficace pour arrêter rapidement une métrorragie vaginale et auquel il accorde sa plus grande confiance, malgré un petit accident unique d'ailleurs et qu'il a rapporté à la Société médicale des hôpitaux le 25 mars 1898.

Il emploie de préférence la solution à 5 o/o, la fait dissoudre dans du sérum physiologique ; certains médecins ajoutent soit du sublimé, soit de l'acide phénique pour maintenir l'asepsie. On stérilise à 100 degrés.

Le même auteur se sert de préférence de rubans de gaze stérilisés imbibés de la solution et les porte directement sur le museau de tanche pour entourer le col et terminer ensuite le tamponnement avec

de la gaze sèche. Pour se diriger, l'on peut se servir soit du spéculum, soit du doigt.

Le lendemain on enlève la gaze et l'on fait passer une grande injection d'eau chaude qui nettoie le vagin et dissout les fragments de gélatine.

L'on a encore employé cette dernière à l'intérieur. Une préparation préconisée par le médecin de la Pitié est la suivante : 5 grammes de gélatine dissous dans une tasse de chocolat, de lait ou de bouillon ; de la sorte il donne 10 à 15 grammes de gélatine par jour en plusieurs fois.

L'on a encore employé les injections vaginales gélatinisées, 7 à 10 grammes pour 1 litre d'eau, ou les lavements gélatinisés de 3 à 5 o/o.

Les injections sous-cutanées d'ergotine viennent aussi nous aider puissamment : comme elles sont douloureuses on les fera très profondes ; leur action est très énergique et très rapide, mais s'épuise assez vite et l'on sera obligé de les répéter assez souvent d'où quelquefois certains inconvénients.

Comme dans toutes les grandes hémorragies l'abondance de sang peut devenir telle qu'elle nécessite des injections de sérum artificiel.

Les tendances syncopales seront combattues par les piqûres de caféine.

Au lieu de la chaleur et surtout dans les cas manifestes de fluxion utéro-ovarienne, certains auteurs recommandent l'usage du froid et en particulier de la vessie de glace. Ce moyen, fort en honneur autrefois, est maintenant déchu de son importance, il peut trou-

bler la venue des règles et n'est employé que dans les affections aiguës.

D'autre part, si la glace est susceptible de produire un abaissement indéniable de la température locale, une application prolongée au delà de vingt-quatre heures est susceptible de produire une eschare cutanée, et même, en interposant entre la peau et la vessie deux ou trois épaisseurs de flanelle, on n'est pas certain d'éviter tout accident. M. le professeur Reclus a signalé quelques cas de sphacèle cutané. Son action doit donc être surveillée de très près.

Dans les cas enfin où l'on peut penser à l'ovarite menstruelle, il faudra insister sur les bains sédatifs, les compresses et les lavements chauds, comme le recommande M. Dalché. Diverses malades sont bien plus calmées par les irrigations tièdes que par les irrigations d'eau très chaude.

Chez des patientes dont la souffrance paraît très vive on pourra ordonner un lavement avec 1 gr. d'antipyrine et X à XX gouttes de laudanum, ou un suppositoire opiacé ou belladonné.

Sur le ventre l'on fera étendre de la pommade belladonnée. Des sacs d'eau chaude calmeront les douleurs lombaires.

Concurremment avec la médication externe, l'on pourra employer la médication interne, dont l'efficacité bien moins rapide donnera cependant des résultats fort appréciables et sera même mieux acceptée par les familles.

Parmi les nombreux médicaments qui en font

partie, il y en a qui s'emploient un peu indifféremment dans le traitement de toutes les hémorragies, d'autres qui ont une action plus marquée sur l'hémorragie utérine. Les premiers comprennent tous les astringents : l'alun, bien employé autrefois, n'est guère prescrit aujourd'hui surtout comme médication interne. On emploie plus volontiers le perchlorure de fer depuis XX gouttes jusqu'à 4 à 5 grammes.

Perchlorure de fer.....	XXX
Sirop de fleur d'oranger ou d'opium.	20
Eau distillée.....	130

par cuillerée à soupe dans la journée ; l'on emploiera de même l'extrait de ratanhia et l'eau de Rabel.

Toutefois leur action est bien problématique et mérite peu de confiance.

A défaut d'action hémostatique directe, l'on a essayé d'arrêter les métrorragies en ralentissant le cours du sang de façon à modérer l'afflux vers l'utérus. C'est à ce titre que l'on a utilisé la digitale indépendamment de toute lésion cardiaque, surtout en infusion à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour.

Tout autre est le mode d'action de l'opium, qui diminue la sensibilité réflexe de l'utérus. On peut employer les injections sous-cutanées de morphine (1 à 2 cgr.), mais c'est la voie rectale que la plupart des gynécologues s'accordent à recommander.

On prescrira les lavements laudanisés (XX à XXX gouttes) ou à l'extrait d'opium et à la belladone.

Le chanvre indien a été introduit en gynécologie

par Sneguireff, et peut rendre service dans les métrorragies s'accompagnant de phénomènes douloureux. On l'associe le plus souvent à d'autres médicaments.

Guéneau de Mussy a vanté le sulfate de quinine qui, à la dose de 0 gr. 50 par jour, lui aurait donné des succès inespérés, même lorsqu'il n'y a pas d'antécédents paludiques.

Parmi les médicaments dont l'action s'exerce plus principalement sur l'utérus ; la première place revient à l'ergot ; il provoque la contractilité des fibres musculaires et, même d'après Ellinger, il augmenterait la coagulabilité du sang.

On emploie soit l'ergot, soit l'ergotine, soit enfin l'ergotinine, la poudre d'ergot à la dose de 0 gr. 50 à 4 grammes par jour en cachet ou potion, l'ergotine en potion de 0 gr. 50 à 4 grammes, l'ergotinine de V à XX gouttes.

Ou enfin la formule de Gallard, modifiée par M. Dalché :

Ergotine.....	0,10
Sulfate de quinine.....	0,02
Poudre de feuilles de digitale.	0,01
Poudre de coca.....	q. s.

pour une pilule n° 30, cinq par jour avant les repas. Ces faibles proportions de médicaments hémostatiques sont néanmoins actives et ne doivent pas étonner ; leur simple combinaison contribue à les rendre bien plus efficaces.

Si la perte prend une abondance qui demande une intervention plus active on aura recours à la potion de Gübler :

Ergotine.....	2 à 4 gr.
Acide gallique.....	o gr. 50
Sirop de térébenthine....	30 gr.
Eau de tilleul.....	120 gr.

par cuillerée à soupe dans la journée.

Chez certaines neuro-arthritiques cette médication pourra cependant éveiller des douleurs.

Dans ces derniers temps la thérapeutique des métrorragies s'est enrichie d'un certain nombre de médicaments nouveaux :

L'hydrastis canadensis est un bon médicament, mieux toléré que l'ergotine, et dont l'action assez fidèle rend d'utiles services dans les poussées fluxionnaires.

On peut également l'employer pendant la période intercalaire pour prévenir ou atténuer les accidents, que contre les règles trop abondantes, à la dose de LX gouttes en trois fois au cours de la journée dans un peu d'eau sucrée.

La stypticine s'administre soit en nature, soit sous forme de pilules dosées à 50 centigrammes (5 à 8 par jour), soit en injections sous-cutanées à 10 o/o (1 à 2 centimètres cubes par jour) ou un loco sous forme d'ovules ou de solution à 30 o/o.

De même le senecio vulgaris paraît indiqué de préférence dans la période intermenstruelle pour

atténuer les douleurs ou modérer le molimen trop yif.

L'hamamelis virginia passe également pour avoir procuré de bons résultats à la dose de V à XX gouttes dans la journée.

Enfin l'on pourra associer d'une façon très efficace, l'ergotine à la digitale et à la quinine, ou la teinture de cannelle, le chanvre indien et l'hamamelis.

Tels sont les principaux médicaments que l'on peut employer en général contre des métrorragies. Ils ont chacun des indications particulières qui ont été citées dans les différents chapitres.

Il nous reste encore à dire un mot de l'hydrothérapie.

Par son emploi nous aurons une aide fort efficace pour combattre la métrorragie. Fleury, qui s'était préoccupé de cette question, a conclu que jamais il ne s'était produit d'accidents mêmes légers et toujours des améliorations. « Dans l'état morbide l'écoulement menstruel a été ramené à ses conditions physiologiques normales, devenant plus abondant s'il avait diminué, moins abondant s'il avait augmenté outre mesure, facile s'il était accompagné de douleurs plus ou moins vives, régulièrement périodique s'il était devenu irrégulier.

L'on pourra ordonner des douches froides sur les parties supérieures de la poitrine et du dos, sur les pieds et les bas des jambes ; pour M. Dalché « un jet assez fort, mais court et froid, dirigé sur la plante des pieds et répété tous les matins, suffit à modérer

puis à arrêter non seulement des règles profuses mais aussi des ménorragies persistantes. Dans un fait dont nous avons publié l'observation, un écoulement de sang, qui durait depuis près de deux ans d'une façon presque indiscontinue et résistait aux médications les plus rationnelles, a cédé à la douche plantaire. »

Dans un endroit où il y a impossibilité matérielle, faute d'installation et d'appareil, de s'adresser à la douche froide, on songera aux bains de pieds froids dans de l'eau courante, ou si la malade manifeste de la répugnance, l'on conseillera les bains tièdes un peu prolongés et répétés.

Le traitement thermal lui-même pourra intervenir à titre d'adjuvant et secondairement lorsque les hémorragies dépendent de certains états pathologiques, qui relèvent des systèmes utéro-ovariens. Il intervient également pour relever la nutrition. Si les hémorragies paraissent liées à l'anémie, à la chlorose, l'on emploiera avec succès les eaux ferrugineuses.

Enfin à côté de ces médications, le médecin aura toujours des principes d'hygiène à conseiller ; l'alimentation devra être surveillée avec soin. Il ne faudra pas oublier cependant que la plupart de nos malades sont des fatiguées, presque toutes candidates à un état anémique. Aussi tout en évitant dans le régime ce qui serait susceptible de contribuer à perpétuer ou à augmenter la congestion pelvienne, comme les mets trop épicés ou faisandés, les vins

généreux, etc., on ne négligera pas de donner une bonne alimentation.

Pour le même motif on surveillera la constipation; sans ordonner de purgatifs énergiques, il faut entretenir la liberté du ventre, soit avec des lavements ou de l'huile de ricin ou de magnésie. Mais on s'abstiendra d'aloès, de séné, de tous les diastiques qui congestionnent les organes abdominaux.

Les auteurs du compendium conseillaient avec juste raison une vie calme, le grand air, le soleil, un exercice modéré, des vêtements amples et suffisants pour garantir contre le froid. Toutes ces considérations ont leur importance surtout à la puberté. Le médecin ne devra pas se borner seulement à son rôle de thérapeute, il devra également, et plus fréquemment que l'on ne pense, prendre celui d'éducateur et de conseiller.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. Dalché. *La puberté chez la femme.*)

Constipation chronique avec ménorragies.

Une de nos malades, jeune demoiselle de dix-neuf ans, grande et forte mais un peu nerveuse, vient nous consulter pour une dysménorrhée fort pénible dont les douleurs commençaient avec les premières manifestations du molémen cataménial et cessaient dès l'éruption du sang.

La profusion des règles allait toujours croissant depuis quelques mois ; si bien que la perte finissait par devenir inquiétante ; cette jeune fille, en proie à une constipation rebelle, qu'elle était obligée de combattre par des laxatifs quotidiens, n'osait plus se purger dès qu'approchait l'époque menstruelle, craignant de provoquer une dérivation des règles, d'empêcher même leur éruption et des préjugés entretenus par son entourage la portaient à se croire menacée des maux les plus redoutables si elle intervenait par les moyens les plus anodins, aussitôt qu'arrivait la période cataméniale. Cependant nous eûmes assez d'empire sur elle pour obtenir qu'elle surmontât ses craintes et qu'elle prît une petite quantité de poudre purgative tous les

matins et surtout aux approches du moment critique, les douleurs et les hémorragies diminuèrent comme par enchantement, puis tout rentra dans l'ordre, ce fut l'affaire de peu de mois.

OBSERVATION II

(M. Dalché. *La puberté chez la femme.*)

Métrite consécutive à une congestion utéro-ovarienne.

« Nous avons soigné à la Pitié, salle Cruveilhier, une jeune fille vierge qui était venue demander nos soins pour des règles extrêmement douloureuses, très abondantes et survenant tous les quinze à vingt jours. Elle se lamentait en outre de souffrir d'une façon très pénible au niveau de la vulve. Entre les pertes sanguines, un flux leucorrhéique très abondant avait provoqué la vulvite et une sorte de vaginisme tel que l'introduction d'une sonde à lavages d'un tout petit calibre provoquait une crise et restait presque impossible par le fait de la contraction.

« Cette malade nous racontait l'histoire d'une hyperhémie ovarienne, qui, d'abord fort tolérable s'était peu à peu aggravée, avait amené à la longue la leucorrhée et les douleurs vulvaires. Grâce à la cocaïne nous pûmes pratiquer le toucher qui nous fit reconnaître un col petit, mais non pubescent, plus tard nous nous sommes assuré qu'il n'existait pas de sténose. Les annexes étaient saines au début, mais sous nos yeux, peu de jours après son entrée, cette pauvre fille fut atteinte d'une salpingo-ovarite. Ainsi donc l'hyperhémie ovarienne avait été l'origine d'une congestion utérine, puis d'une métrite avec métrorragies rebelles ; la leucorrhée consécutive provoquant d'abord la vulvite et

du vaginisme se compliquait en dernier lieu d'une salpingite. Tous ces accidents demandèrent un long temps pour guérir, et les suites sans doute dureront autant que la vie génitale de la malade. C'est là un cas, il faut l'avouer, parmi les plus graves que nous ayons suivis. »

OBSERVATION III (Thèse de Hepp.)

M^{lle} Clémence B..., vingt ans, sans profession, vierge ; c'est une fille nerveuse souffrant souvent de douleurs névralgiques et de constipation rebelle ; pas d'autres antécédents pathologiques. Depuis deux mois elle souffre de leucorrhée et de douleurs dans le ventre.

Réglée depuis seize ans, ses règles ont toujours été *abondantes et douloureuses*.

A l'examen tout l'appareil génital paraît normal, on ne constate que de la leucorrhée et une grande sensibilité ovarienne. Les douleurs ayant résisté à tous les traitements, le 19 février 1891 un curettage est pratiqué ; il ne décèle rien d'anormal du côté de la cavité utérine. Résultat nul. Les douleurs persistent.

Le 26 mars 1891, devant l'échec du curettage, M. Richelot fait une laparotomie exploratrice qui lui montre un corps utérin normal dans un péritoine sain, mais qui, par contre, fait découvrir deux énormes ovaires polykystiques allongés. Castration bilatérale. Suites opératoires tout à fait normales.

Les douleurs de la malade disparaissent jusqu'au mois d'août 1891.

A ce moment elles reparaissent et s'accroissent progressivement en dépit de tous les médicaments antinévralgiques,

La malade et sa mère supplient M. Richelot de pratiquer une nouvelle opération.

Le 14 juillet 1892, Richelot fait l'hystérectomie vaginale.

Depuis ce jour guérison parfaite qui s'est maintenue depuis.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Péritonite tuberculeuse avec ménorragie. — Laparotomie. — Guérison.

Marie L..., seize ans, d'Aulnat, entre salle Saint-Barthélemy le 12 février 1902 pour des douleurs dans le bas ventre. Ce dernier grossit continuellement depuis trois mois.

C'est une jeune fille en apparence bien portante et assez bien développée.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; n'a jamais fait de maladie et a toujours joui au contraire d'une bonne santé.

Réglée depuis deux ans, au début d'un façon irrégulière.

Les règles étaient toujours en retard, mais étaient à peu près normales. Les deux dernières époques, surtout la dernière, ont été douloureuses ; les pertes furent mêmes plus abondantes que d'habitude, cette dernière menstruation qui eut lieu une quinzaine de jours avant l'arrivée de la malade dura environ une dizaine de jours et fut suivie de véritables ménorragies, au dire de la jeune fille.

A l'inspection on constate que la paroi abdominale est très tendue mais sans vergeture. A la percussion la matité est presque généralisée mais surtout accentuée dans les flancs. En faisant coucher la malade sur le côté, on ne perçoit guère de variations dans les zones mates.

Le toucher vaginal n'a pas été fait.

On pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse ou de kyste de l'ovaire. La malade n'a pas de tuberculeux dans sa famille ; mais une de ses voisines tousse depuis deux ans.

Laparotomie le 20 février. A l'ouverture du péritoine une grande quantité de liquide citrin jaillit avec violence sur le champ opératoire. L'on constate immédiatement sur tous les organes abdominaux, surtout au niveau de la cavité pelvienne, tout un semis de granulations miliaries.

Les intestins eux-mêmes sont envahis mais ne sont pas adhérents entre eux.

On évacue le liquide ; on suture la paroi abdominale. Guérison au bout de huit jours.

La malade, dont les règles sont revenues presque aussi abondantes que la dernière fois, mais sont moins douloureuses, reste au lit jusqu'à la fin de la menstruation qui, cette fois-ci, ne dure que cinq jours.

La jeune fille sort le 12 mars complètement guérie.

Comme elle n'habite pas loin nous avons l'occasion de la revoir deux mois après : la guérison s'est maintenue ; les règles, devenues normales et à peu près régulières, ne durent que trois à quatre jours ; mais sont toujours un peu douloureuses. Cela est dû sans doute à un léger degré de sclérose des annexes après guérison des tubercules miliaries.

OBSERVATION V

*Ictère acholurique. — Ménorragies. — Fausse chlorose
ménorragique.*

(MM. Gilbert et Lereboullet).

M^{lle} X..., vingt-deux ans, a toujours eu le teint jaune mat. Sa mère et son frère présentent le même teint.

La malade, bien portante dans l'enfance, a eu il y a quatre ans un ictère franc qui a duré six semaines ; selles décolorées et urines foncées.

Depuis elle a gardé un teint jaune mat surtout marqué aux mains et au visage et s'accroissant au moment des fatigues.

Elle n'a jamais eu d'épistaxis ; pas de somnolence, pas de douleurs articulaires, pas d'urticaire, pas de troubles dyspeptiques ni nerveux. Mais elle se plaint depuis son ictère de ménorragies très abondantes durant quinze jours et plus par mois et qu'aucun traitement n'a pu arrêter jusqu'à présent. Elle était considérée comme atteinte de chlorose ménorragique.

Actuellement elle présente en effet un teint qui se rapproche de celui des chlorotiques, mais les muqueuses sont peu décolorées. Pas de trouble viscéral important.

L'examen du sang, dont la coagulation est normale, révèle un sérum légèrement teinté effaçant la partie droite du spectre. Le diagnostic d'ictère acholurique est porté ; la malade est mise au régime lacté, à l'hydrothérapie tiède. Au bout de quinze jours les ménorragies ont complètement cessé, et actuellement la guérison se maintient. En même temps la teinte jaune du visage

s'est considérablement atténuée faisant place à un teint normal.

OBSERVATION VI

(Prise dans Trousseau.)

Chlorose ménorragique.

M^{lle} S... a seize ans, elle a été réglée à quinze ans ; avant l'apparition des règles elle était chlorotique et comme tous les signes de la puberté avaient apparu depuis longtemps (développement de la taille et des seins) on attribuait avec quelque apparence de raison la chlorose à l'aménorrhée. A quinze ans donc les règles parurent, mais dès l'abord en une si effroyable abondance que la jeune fille éprouva de fréquentes syncopes et qu'il fallut avoir recours à l'application de la glace sur le ventre et sur les cuisses. Le sang s'arrêta, mais la chlorose fut encore plus prononcée.

Trois mois après mêmes accidents avec une intensité semblable ; enfin les hémorragies se rapprochèrent et l'abondance du flux ne se modérant pas la malade fut obligée de garder constamment le lit, dans un état qui donnait à sa famille les plus sérieuses inquiétudes.

Parmi les pertes que notre jeune malade avait éprouvées il y en eut deux, la première et la dernière, dont l'abondance passe toute idée.

Dans le courant de la nuit deux matelas de laine, un sommier en crin et une pailleasse étaient transpercées et au-dessous du lit on pouvait voir une petite mare, non pas de sang, mais de liquide exactement semblable à de la lavure de chair.

Le médecin qui avait jusqu'ici donné ses soins à M^{lle} S..., avait compris la nécessité de donner des préparations martiales (fer) pour combattre la chlorose, mais il avait été arrêté par la crainte d'augmenter la ménorragie, convaincu des propriétés emménagogues du fer.

Lorsque je fus appelé il me parut surtout urgent, de reconstituer le sang et je mis immédiatement la malade à l'usage du fer. Elle prit d'abord 3 décigrammes de limaille d'acier dans la journée et 4 pastilles de chocolat ferrugineux ; la dose fut rapidement augmentée et au bout de quinze jours elle s'élevait à 2 grammes de limaille et à 20 pastilles.

Huit jours s'étaient à peine écoulés que la malade put se lever sans éprouver de syncopes. Une semaine plus tard elle fit une sortie à pied : au bout d'un mois elle avait les apparences de la santé. Les règles furent retardées de huit jours, elles furent peu abondantes et très colorées. Le traitement fut continué pendant trois mois et durant une année aucun accident ne vint traverser cette heureuse cure.

Cependant la famille était revenue en Lorraine, la chlorose qui avait tout à fait disparu revint peu à peu et malgré nos recommandations formelles, la malade ne prit pas de limaille de fer, lorsque tout à coup une ménorragie très forte se manifesta. Comme en même temps il y eut des douleurs de reins et des symptômes qui pouvaient simuler une légère métrite, le médecin ne jugea pas à propos de donner le fer.

Pendant le mois suivant, la santé devint de plus en plus chancelante ; la pâleur augmentait chaque jour, lorsque l'époque suivante fut signalée par une ménorragie aussi abondante que celle que la jeune personne avait éprouvée naguère. On m'écrivit à Paris et je conseillai de nouveau les préparations ferrugi-

neuses, nonobstant les douleurs de rein et du bas ventre. La guérison fut plus prompte encore que la première fois. Depuis cette époque M^{lle} S... a éprouvé chaque année des accidents de même nature, dont elle a toujours guéri par l'emploi de l'ergot de seigle au moment de l'hémorragie et par le fer donné immédiatement après.

OBSERVATION VII (résumée).

(Thèse de Gaulheur l'Hardy).

Chlorose ménorragique

S..., A... M..., âgée de quinze ans et demi, est soignée par nous (M. Thiroloix) depuis dix-huit mois pour une chlorose accompagnée de métrorragies.

Père en excellente santé, trente-six ans. Mère très nerveuse, l'enfant a eu coqueluche à cinq ans et rougeole à onze ans. Jamais de vulvite.

A l'âge de treize ans et demi apparition des premières règles, précédée et accompagnée de dysménorrhée.

Cette venue des règles avait été précédée de palpitations, d'essoufflement à la montée des escaliers, de décoloration de la peau et des muqueuses. Les règles durèrent quatorze jours, furent très abondantes et laissèrent un état de décoloration plus accusé.

Mise immédiatement au traitement par le fer, l'oxygène et l'hydrothérapie froide, la malade parut s'améliorer avec rapidité et pendant plusieurs mois les règles, quoique très copieuses et persistant pendant sept à huit jours, n'amenèrent aucun désordre inquiétant.

En octobre 1896, la situation s'aggrave, les phénomènes de la chlorose se prononcent et les règles par leur abondance et leur longue durée nécessitent la mise en œuvre d'une médication antihémorragique (ergotine, hamamelis, injections vaginales), le développement général de la malade n'a aucune particularité, aucun signe de tuberculeuse. Alimentation parfaite. Pas d'œdème des paupières ni des extrémités, mais tous les signes caractéristiques de la chlorose, pas de constipation, rien d'anormal dans les urines.

L'examen du sang donne une coagulation normale, une faible coloration, une énorme quantité de globules petits et grands ; la numération a donné 2.800.000 globules rouges ; la richesse globulaire est de 0,60.

Ce qui domine dans cet ensemble symptomatique est la perte considérable de sang qui se produit aux époques menstruelles. La régularité de ces dernières est presque parfaite, à chaque fois la malade perd du sang pendant dix à quinze jours, et chaque jour la perte de sang est considérable.

Aussitôt la perte sanguine arrêtée, la petite malade reprend sa gaieté et ses études ; mais à chaque retour des règles, malgré l'énergie de la médication, les troubles hémorragiques reparaisent avec une ténacité désespérante.

La crise d'octobre 1896 a duré quinze jours la perte sanguine quotidienne peut être évaluée approximativement de 150 à 200 grammes.

Pendant les deux mois suivants les mêmes phénomènes se reproduisirent avec la même intensité ; il n'a pas paru que la médication ferrugineuse intercalaire et la mise en œuvre des hémostatiques locaux et généraux aient jusque-là modifié la crise hémorragique mensuelle jusqu'à cette dernière crise. En

février on continue néanmoins le traitement ferrugineux auquel on adjoint l'hydrothérapie et la crise mensuelle a dépassé à peine en intensité et en longueur les menstrues ordinaires.

L'état de la malade est excellent et la rémission semble acquise.

OBSERVATION VIII

(Dauchez. — *Semaine Gynécologique*, 1897.)

Hémophilie héréditaire. — Guérison.

Le 10 février 1893 M^{me} X... me présente à ma consultation sa nièce âgée de treize ans qui depuis le 1^{er} novembre 1892, c'est-à-dire de quatre mois, a commencé à être réglée, mais avec une telle abondance que la jeune malade a dû garder chaque fois le lit. A chaque époque, me dit-elle, elle tache de huit à dix serviettes par jour et pendant huit à dix jours au moins l'écoulement sanguin persiste d'ailleurs sans douleurs.

L'apparition des règles se produit sans tarder, quelques heures après les signes avant-coureurs (lombalgie) et se continue ensuite avec les caractères décrits plus haut.

Dans les antécédents de la jeune malade nous notons des ménorragies chez les deux sœurs et la mère de M^{lle} B... notre malade.

Personnellement M^{me} X... est hémophile ; de 1890 à 1893 elle a eu des épistaxis quotidiennes qui ont cédé en 1893 au traitement local et dont l'apparition a coïncidé avec l'apparition des ménorragies.

Nous avons pu suivre notre jeune malade en 1893, 1894,

et 1895. Après trois ménorragies (nov., déc. 1892 et janv. 1893) les règles ont repris leur allure normale, ont cessé en avril 1893 repris en mai et depuis trois ans n'ont plus présenté aucune anomalie.

Depuis trente mois, elles sont réduites chaque mois à trois jours sans douleurs, sans caillots, les épistaxis n'ont pas reparu en mars 1895.

Le traitement employé consistait en injections de chlorydrate d'hydrasténine et en traitement général.

OBSERVATION IX

Dr Olivier. — *Journal de médecine de Paris*, 1894.)

Hémophilie chez une jeune fille de treize ans réglée pour la première fois.

J'ai été appelé ce matin par mon excellent ami le Dr Caucalou à donner mon avis sur un cas qui m'a fortement embarrassé et que je vous demande la permission d'exposer rapidement.

Il s'agit d'une fillette de treize ans qui a été réglée pour la première fois samedi dernier ; l'écoulement sanguin d'abord modéré ne tarda pas à devenir si abondant qu'il mit en danger la pauvre enfant. M. Caucalou employa les moyens habituels : il fit coucher la malade la tête basse ; appliquer des compresses froides sur le bas ventre et la racine des cuisses, donna des pilules d'ergotine, puis voyant que tous ces moyens ne donnaient pas de résultat il se décida à faire le tamponnement du vagin. L'étroitesse des voies génitales ne permettant pas de faire un tamponnement parfait le sang filtra, cependant l'écoulement fut modéré. Le tamponnement ayant été retiré au bout de vingt-

quatre heures, le sang se mit à couler de nouveau. M. Cauca-lou fit une injection vaginale très chaude et remplaça un tampon.

C'est alors qu'il voulût bien m'appeler. Après m'avoir raconté ce que je viens de vous dire il ajouta un renseignement capital qui explique l'abondance de ces premières règles et qui, en même temps, nous donne les plus grandes appréhensions pour l'avenir : cette fillette est hémophile. En effet, toute jeune étant tombée sur la tête, les parents virent se produire une énorme tumeur qui décolla une grande partie du cuir chevelu. Un médecin appelé ouvrit la tumeur et il s'écoula un grande quantité de sang rutilant. Depuis chaque fois qu'on a dû lui arracher une dent, la gencive a saigné sept à huit jours et il a fallu des applications répétées de perchlorure de fer pour arrêter l'écoulement sanguin. Quand on la pince on produit immédiatement une vaste ecchymose : l'hémophilie n'est donc pas douteuse.

L'examen auquel je me suis livré n'a rien révélé de particulier, l'utérus est normal et il n'existe aucune tumeur au pourtour de cet organe.

Voici ce que j'ai conseillé : injections vaginales de 50 degrés de deux heures en deux heures.

2° Si l'écoulement persiste, faire une galvano-caustique intra-utérine à 50 milliampères suivie d'un tamponnement : faire le traitement général des hémorragies.

3° Prendre toutes les deux heures une dragée d'hydrasté-nine de Houdé.

Nous espérons de la sorte arrêter les règles ; mais nous avons dû envisager l'avenir, de pareilles hémorragies vont-elles se reproduire à chaque époque menstruelle ? Si elles se

reproduisent et mettent de nouveau la vie de l'enfant en danger, que faire pour sauver cette malheureuse enfant?

OBSERVATION X

(Thèse de M. Dauchez, 1897.)

Ménorragie de la puberté (tendance à l'hémophilie).

Henriette T..., âgée de treize ans, demeurant à Paris rue de Rennes, est réglée pour la première fois le 13 août 1894, c'est une enfant frêle, délicate, blonde, mais qui dans les approches de la puberté en a revêtu tous les attributs (développement des organes génitaux et des seins, douleurs ovariennes, apparition de poils, habitus féminin, etc.).

13 août 1894. — Apparition des règles très abondantes pendant deux jours.

27 août 1894. — Reprise des règles non moins abondantes (4 à 6 serviettes par jour).

12 septembre 1894. — Nouvelle apparition pendant huit jours de l'hémorragie menstruelle.

3 octobre 1894. — Sans motif survient une quatrième ménorragie qui dure huit jours, le sang s'écoule liquide, mais très abondant.

29 octobre 1894. — Une cinquième ménorragie durant cinq jours suivie de leucorrhée force la jeune malade à s'aliter.

7 novembre 1894. — Pour la première fois je suis appelé, sixième hémorragie (8 serviettes par jour). Cette fois la ménorragie dure six jours et cesse du 15 au 16 novembre grâce au traitement que j'institue (injections chaudes, teinture d'hydrotis canadensis, repos au lit : pilules de protochlorure de fer).

Je dois ajouter que la jeune malade a dans son entourage des hémophiliques. Sa sœur aînée est toujours très abondamment réglée, sa grand'mère était également sujette aux hémorragies menstruelles, sa mère a des métrorragies dues à un fibrome énorme. Ajoutons aussi qu'à chaque ménorragie il existe une hyperesthésie des ovaires très marquée.

En présence de ces hémorragies, très inquiétantes et eu égard à ces antécédents héréditaires peu encourageants, je crois devoir proposer indépendamment du traitement classique applicable à l'élément conjonctif de l'utérus (injections chaudes) les injections hypodermiques de chlorhydrate d'hydrastinine à 1/10.

Du 14 novembre 1894 au 1^{er} décembre je pratiquai huit injections de chlorhydrate d'hydrastinine ; tous les deux jours d'abord une demi-seringue de Pravaz de 1 centimètre cube, puis une injection de 1 centimètre cube de la solution, c'est-à-dire 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate d'hydrastinine.

Quatre jours s'écoulèrent entre la dernière piqûre et l'apparition des règles le 4 décembre. Mais au grand effroi de la famille cette fois l'époque menstruelle fut précédée d'une période de dysménorrhée avec très fortes coliques et caillots bientôt suivis d'un sang liquide.

Le 10 décembre, soit le quatrième jour, l'hémorragie menstruelle s'arrêta. Depuis lors et malgré deux forts accès de grippe et d'érythème noueux les règles sont devenues normales et faciles. Apparaissent tous les mois. Cela dure depuis deux ans.

OBSERVATION XI (résumée).

(Thèse de Nanu, Paris, 1900).

Purpura avec métrorragie.

La nommée M... Louise, âgée de quatorze ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, service de M. le Dr Josias, le 19 mai 1886.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Pas d'hémophilie. Mère d'une santé délicate, quatre grossesses ; chaque accouchement a été accompagné d'hémorragies assez abondantes. Pas d'autres accidents ni chez la mère ni chez les autres enfants.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché à neuf mois, rougeole à deux ans ; incontinence nocturne d'urine qui aurait beaucoup diminué depuis que l'enfant est réglée, mais sans cesser complètement. Réglée à treize ans. Les premières règles étaient normales. Depuis deux mois elles sont devenues très abondantes. Ainsi actuellement elle les a depuis dix jours. Elle perd des caillots. La malade a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques.

La maladie actuelle a débuté il y a deux mois par des hémorragies muqueuses différentes. Epistaxis très fréquentes ; légère stomatorragie. En même temps on constate sur le corps l'apparition d'une éruption formée par des pétéchies multiples et des ecchymoses larges.

Jamais de douleur ni de fièvre, état général satisfaisant.

La malade paraît bien constituée pour son âge, et, à part son

éruption purpurique presque généralisée, rien autre d'intéressant à noter ni du côté des organes ni du côté des appareils...

Le traitement a consisté en un régime ordinaire: Lait, viande, sirop d'iodure de fer, arséniate de soude.

Le 21 mai des métrorragies abondantes existant depuis trois jours persistent encore. Etat général bon, pas de fièvre.

Les pertes de sang finissent par cesser complètement le 2 juin en même temps qu'apparaît une nouvelle éruption de purpura qui disparaît presque complètement vers le 15 juin. L'enfant sort complètement guérie. On lui conseille de continuer à prendre de l'arséniate de soude.

OBSERVATION XII

(MM. Bensaude et Rivet. — *Archives gén. de méd.*, 1905.)

Purpura hémorragique avec métrorragies. — Mort.

Madeleine Ch..., âgée de treize ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, grand-père eczémateux et rhumatisant. Grand'mère névropathe. Père rhumatisant.

Du côté maternel, grand-père alcoolique. Grand'mère ayant eu la jaunisse et ayant présenté à vingt-huit ans de vastes abcès froids du cou, de plus elle était névropathe. Grand-oncle épileptique. Mère névropathe, robuste, elle vit encore et exerce la profession de sage-femme. On ne trouve pas dans la famille de traces d'hémophilie.

Antécédents personnels. — Névropathe, onanisme depuis l'âge de six ans, pas de convulsions, étant enfant elle a eu la

rougeole, la coqueluche, la variole, elle a toujours été anémique.

Enfant chétive, difficile à élever, elle s'est bien développée et n'a pris un certain développement qu'à partir de l'apparition de la maladie.

Très sujette aux épistaxis depuis son enfance et chez elle le moindre contact provoque des ecchymoses.

Elle présente depuis plus de trois ans un purpura consistant en pétéchies et en ecchymoses qui n'a pas discontinué et qui est surtout accentué aux membres, mais jamais il n'a entièrement disparu, ne sera-ce même que pendant vingt-quatre heures.

Il y a deux ans la malade eut une violente épistaxis qui dura six jours et qui depuis s'est répétée tous les mois, mais non à dates fixes; elle eut également à cette date une *métrorragie violente*.

L'an dernier elle eut une hématurie et une hémorragie rétinienne. Quand le purpura est apparu la malade ne ressentait aucune douleur d'estomac et ne se plaignait d'aucun trouble dyspeptique; mais depuis un an ou deux, elle ressent quelques crampes légères et des tiraillements, principalement après les repas. Pas d'éruption ni de vomissement.

Du côté de l'appareil respiratoire elle eut de fréquentes bronchites, mettant quelque temps à guérir...

2 mai 1893. — Alors qu'elle n'avait pas été réglée jusqu'alors, la malade a une métrorragie à début brusque et indolore, très abondante pendant quinze jours et qui a été précédée d'une céphalalgie persistante.

4 mai. — Elle se met au lit, elle maigrit beaucoup et s'affaiblit de plus en plus, elle n'a pas cessé de perdre pendant un

mois et ces pertes considérables ont déterminé une anémie intense qui l'a mise en grand danger de mort.

Comme traitement, ergotine et application de glace sur le ventre.

Le 15 mai le Dr Hayem voit la malade et porte le diagnostic de purpura hémorragique...

Le 22 mai l'hémorragie, qui a toujours été très abondante, commence à céder aux piqûres d'ergotine, à l'ergotine prise à l'intérieur et aux injections chaudes et lavements chauds.

Le 24 mai la malade ne perd plus.

Examinée à ce moment son aspect est celui d'une anémique, son facies est pâle, ses lèvres, gencives, conjonctives, décolorées ; l'amaigrissement est extrême.

Céphalalgie persistante, le réflexe pharyngien est intact, mais le réflexe rotulien est légèrement diminué.

Rien au cœur, du côté du poumon au sommet droit une expiration rude et prolongée, de plus une légère submatité.

L'appareil digestif est en bon état, l'appétit conservé, légère constipation.

Le foie est normal, la rate légèrement hypertrophiée.

Le 25 mai la malade a encore une légère métorrhagie.

L'examen du sang a été fait à différentes reprises.

A noter que les pertes sont accompagnées d'épistaxis fréquentes et que quand la métorrhagie a débuté, le purpura a disparu pendant quelques jours pour reparaitre peu de temps après.

Depuis une quinzaine la malade est au protoxalate de fer, de plus tous les huit jours on lui fait une injection hypodermique de :

Arséniate de soude,

Eau de laurier cerise.

Le 17 juin elle se rend à l'hôpital pour se faire examiner l'estomac. Elle est toujours aussi pâle ; ni adénopathies, ni œdème, mais sur tout le corps une éruption de purpura généralisée... les gencives saignent facilement et les épistaxis sont fréquentes. Digestions pénibles, estomac dilaté.

Le foie n'est pas douloureux, rien au niveau de la vésicule biliaire.

La rate échappe à la percussion ; les battements du cœur sont réguliers et normaux, les pertes ont complètement cessé...

Le 22 juillet nous avons pu voir la mère, nous avons appris que malgré tout la malade a grandi et est même plus développée que ne le pourrait faire soupçonner son âge : on la soigne continuellement et on l'envoie à la campagne, mais tout cela est sans résultat.

Le 17 septembre 1894 la mère s'aperçoit que la malade a la joue très enflée, pensant qu'elle est atteinte d'albuminurie, elle fait examiner les urines : le résultat est négatif. Comme les métrorragies ont apparu depuis quelques jours et ne font qu'augmenter, la malade se met au lit et ne le quitte plus jusqu'à sa mort. Elle perd du sang par les organes génitaux, par le nez, la bouche. Des poussées de pétéchiés et des ecchymoses se succèdent. La malade est tout à fait exsangue. Elle ne prend plus rien, se met à tousser depuis quelques jours et est très amaigrie. Le 28 novembre elle meurt en pleine connaissance dans un état d'anémie extrême.

OBSERVATION XIII

(Thèse de Miodet, 1905.)

Métrorragie et purpura.

Malade de vingt et un ans, entrée à l'hôpital de Brest le 16 août 1898 pour une métrorragie durant depuis quatre semaines.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Pas d'hémo-philie.

Depuis l'âge de douze ans, épistaxis très fréquentes. Fréquentes poussées purpuriques auxquelles la malade n'a pas attaché d'importance. Ecchymose au moindre choc.

Réglée à dix-neuf ans très abondamment. On pratique un curetage. La métrorragie cesse mais est remplacée par des épistaxis à répétition.

Fin octobre, poussée de purpura hémorragique avec épistaxis, ecchymoses et pétéchie.

Amélioration dans le courant de novembre mais pas de guérison absolue, il reste des taches purpuriques fines apparaissant par poussées et quelques ecchymoses avec lesquelles la malade sort le 24 décembre.

OBSERVATION XIV (personnelle).

(Service du Dr Gautrez, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand).

Métrorragies se produisant chez une jeune fille à apparence infantile.

Marthe S..., âgée de seize ans, entre salle Saint-Jean le

2 août 1903, pour des métrorragies abondantes durant depuis douze jours.

Pas d'antécédents héréditaires bien nets; père mécanicien, légèrement alcoolique, mère bien portante.

La malade a été élevée très difficilement; a eu la rougeole à deux ans, la coqueluche à sept ans; depuis est toujours restée souffreteuse.

Réglée depuis deux mois. La première fois les pertes ne furent pas très abondantes; mais les règles durèrent dix jours environ et affaiblirent beaucoup la jeune fille. Il y eut ensuite aménorrhée de deux mois. La deuxième menstruation, qui est celle d'aujourd'hui, a occasionné des pertes plus abondantes et mêlées de petits caillots; elles n'ont pas de tendance à diminuer, de telle sorte que la mère inquiète se décide à conduire sa fille à l'hôpital.

Ce qui nous frappe à première vue c'est la petitesse de la taille de la jeune fille. Les proportions entre les diverses parties du corps sont conservées, mais on ne lui donnerait guère que douze ans.

Elle a tous les caractères d'un enfant de cet âge: de très rares poils au pubis, pas du tout aux aisselles; les seins ne sont pas du tout développés.

Elle est très pâle, gencives et conjonctives décolorées; rien au poumon ni au cœur, pouls assez rapide et très petit; pas d'albumine dans les urines; rien sur le corps qui puisse expliquer l'abondance des pertes.

Le toucher (petit doigt) fait percevoir un utérus mobile et petit, le col est ouvert. La malade répond très difficilement aux questions qui lui sont posées. La mère nous raconte qu'elle est très souvent distraite, peu intelligente et n'aime à s'occuper de rien.

D'autre part les pertes sont survenues, ainsi que la première fois, sans douleurs et sans troubles annonçant l'arrivée de la menstruation.

On prescrit des injections très chaudes dans la journée et des pilules d'ergotine à l'intérieur, en plus une injection de sérum physiologique (500 gr.).

Le soir même les pertes ont légèrement diminué.

Le lendemain et les jours suivants, elles persistent toujours.

On fait également à la malade tous les jours une injection sous-cutanée de 0 gr. 03 de cacodylate de soude en continuant toujours les injections d'eau chaude et l'ergotine.

Au bout de cinq jours les pertes ont complètement disparu. On continue le traitement arsenical ; une injection de 0 gr. 05 tous les deux jours.

L'état de la malade s'améliore très vite, elle se lève au bout du quinzième jour. Les pertes ne reparaissent pas. Elle reste encore une quinzaine de jours dans le service et sort le 5 septembre ayant augmenté de près de 3 kilogrammes.

On lui recommande de revenir se faire faire une nouvelle série de piqûres dans une vingtaine de jours. Lorsque nous la revoyons les règles ont reparu dans l'intervalle ; ont duré six jours, mais n'ont pas été très abondantes ni douloureuses, quoiqu'elles aient été précédées de légères douleurs dans le ventre et de céphalalgie.

L'état général s'est très amélioré : la jeune fille paraît avoir grandi un peu.

Ici l'arsenic, qui dans les cas ordinaires a tendance à provoquer des ménorragies, semble au contraire avoir eu un effet tonique et hémostatique. Il

est venu suppléer à l'action défailante du corps thyroïde dans la régularisation des fonctions des organes et l'amélioration de la nutrition.

De ce cas nous rapprochons celui de M. Bécigneul dont l'analogie est presque complète, mais l'arsenic n'a pas été administré.

OBSERVATION XV

(Bécigneul. — *Tribune Médicale*, 3 février 1897.)

Il s'agit d'une jeune fille réglée pour la première fois le 4 octobre 1895, elle avait alors treize ans et deux mois. Elle n'éprouva pas à ce moment le moindre malaise. Pendant quinze jours elle perdit beaucoup de sang très rouge contenant quelques caillots rendus sans colique. Le sang fut huit jours sans paraître ; puis les pertes recommencèrent avec la même intensité que la première fois. Après quinze jours d'une ménorragie continue et abondante, les parents alarmés firent appeler M. Bécigneul.

Cette jeune fille n'offrait d'ailleurs aucun des caractères de la puberté et ne présenta rien à l'examen qui pût expliquer l'hémorragie, pas le moindre symptôme d'affection locale ou générale.

Ni le décubitus dorsal, ni l'ergotine en potion et en injections hypodermiques, ni les injections d'ergotinine ne produisirent de résultat. Des signes alarmants d'anémie ayant apparu, les parents consentirent à ce que le toucher vaginal fût pratiqué : il ne révéla qu'un utérus petit, mobile, insensible ; le col légèr-

ment entr'ouvert, de dimensions et de consistance normales, en un mot tous les organes génitaux sains dans leurs différentes parties. Mais on put dès lors faire des injections vaginales chaudes à 45 degrés et ce jour même, le 28 octobre, les pertes s'arrêtèrent.

Jusqu'au 5 novembre, rien ; le 6 la malade s'étant levée l'hémorragie reparait et continue jusqu'au 12 malgré le traitement qui est rétabli ; le 12, arrêt. L'on continue malgré tout les injections vaginales pendant un mois que la malade passe au lit et les pertes disparaissent définitivement.

Depuis, les règles ont été à peu près normales quoique manquant quelquefois.

Il a fallu éliminer ici l'un après l'autre toutes les causes qui relèvent d'une mauvaise constitution ou d'un mauvais état général. La malade n'était en effet ni chlorotique, ni syphilitique, ni hémophile, ni diabétique, ni albuminurique, n'avait subi aucune intoxication, n'avait jamais eu aucune maladie infectieuse, n'avait aucune lésion cardiaque et hépatique. L'examen des organes génitaux fit de même éliminer chez elle toutes les causes ordinaires de métrorragie ; il n'existait non plus aucune trace de traumatisme.

Pour les auteurs ces métrorragies de cause incon nue doivent trouver leur raison d'être dans une excitation réflexe ayant pour point de départ les organes génitaux et en particulier les annexes, indépendamment de toute lésion appréciable et par simples troubles nerveux.

CHAPITRE VII

Conclusions

Les métrorragies que l'on observe à la puberté peuvent provenir de causes variées et multiples :

1° Les unes sont produites par un état inflammatoire de l'utérus ; par la métrite fongueuse due à une infection venue par le vagin.

D'autres sont consécutives au développement à l'intérieur de l'utérus de néoformations, qui en provoquant autour d'elles un processus irritatif et congestif des tissus, en diminuent en même temps la tonicité et la vitalité.

D'autres enfin sont dues à un état congestif des annexes, dépendant le plus souvent de tares organiques personnelles ou héréditaires. Cet état congestif produit à chaque menstruation une vaso-dilatation intense de l'utérus. L'irritation ovarienne étant pour ainsi dire continue, la congestion utérine devient elle-même permanente et finit par produire la métrorragie à la moindre cause occasionnelle.

2° La plupart des maladies générales toxi-infectieuses et même éruptives peuvent aussi produire des pertes intermenstruelles, par l'accumulation de toxines, par des altérations du sang et des vaisseaux et par irritation ou paralysie du système nerveux.

3° Certaines maladies des viscères, en particulier celles du cœur, du foie et des reins peuvent également arriver au même résultat par un mécanisme à peu près identique ou grâce aux modifications de pression sanguine qu'occasionnent leurs altérations.

4° Des métrorragies peuvent aussi coexister avec la chlorose ménorragique, surtout lorsque celle-ci évolue avec une hyperactivité ovarienne et un utérus en arrêt de développement.

L'hémophilie peut également produire les mêmes méfaits.

Enfin les symptômes purpuriques eux-mêmes au, lieu de se localiser au niveau de la peau, peuvent quelquefois grâce à l'existence de la menstruation trouver une voie d'effraction plus facile du côté de la matrice et se localiser momentanément à ce niveau.

5° Enfin l'apparition de la puberté elle-même, par le surcroît de travail qu'elle exige du côté des glandes à sécrétion interne, semble quelquefois produire du côté de ces mêmes glandes des altérations qui viendront troubler leurs rapports respectifs, arrêter le développement des unes ou exagérer l'action des autres.

6° Le traitement ne sera le plus souvent efficace que si, à côté du symptôme, l'on traite également la maladie causale.

Vu : Le Président de la thèse :

HUTINEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

APERT et RABÉ. — Maladie de Verlhoff à forme chronique. Bull. méd., 1897.

APERT. — Les enfants retardataires. Paris, 1900.

BACHELIER. — Thèse de Paris, 1898.

BARBAUD et LEFÈVRE. — La puberté chez la femme, 1897.

BARRAUD. — Thèse de Bordeaux, 1903.

BÉCIGNEUL. — Métror. de l'adolescence. Trib. méd., Nantes, 1897.

BENSAUDE et RIVET. — Les formes chron. du purp. hémorr. Ach. gén. de méd., 1905.

BENSAUDE. — Soc. méd. des hôp., 1897.

BLANC. — Trois obs. de métr. virg. Hémor. guéries par le curettage. Loire méd., 1896.

BLONDEL. — Bull. général de thérapeutique, 1897.

BOUILLY. — Des métr. d'orig. ovarienne. Sem. gyn., 1899.

— Des poussées congestives intermenstruelles. Sem. gyn., 1897.

BOUTON. — Thèse de Paris, 1887.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

CARNOT. — Hémostase par la gélatine. Presse méd., 1897.

Nous ne citons que les ouvrages que nous avons consultés.

CASTAN. — Thèse de Paris, 1898.

— Les métr. des jeunes filles. Journ. de clin. et de thérap. infant., 1898.

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine et de thérapeutique.

CHAZAROSSIAN. — Thèse de Paris, 1902.

CHESNET. — Traitement des métrorragies. Sem. gyn., 1906.

CORDIER. — Thèse de Paris, 1905.

COSTE. — Thèse de Paris, 1900.

CZEMPIN. — Grandes métr. chez des vierges. Soc. de gyn. de Berlin, 1899.

DALCHÉ et ROBIN (A.). — Gyn. médicale.

DALCHÉ. — Thèse de Paris, 1885.

— Mettr. virg. La Gynécologie, 1904.

— Suite d'un tamponnement à la gélatine. Gaz. des hôp., 1898.

— Société méd. des hôp., mars 1898.

— La puberté chez la femme, 1906.

— Dystrophie ovarienne. Soc. méd. des hôp., 1901.

DANTHEZ. — Thèse de Paris, 1901.

DAUCHEZ. — Des irrégul. menst. au début de la puberté. Sem. gyn., 1897.

DEPAGE. — Un cas d'hémophilie traité avec succès par corps thyroïde. Méd. mod., 1897.

DELANGRE. — Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst., 1900.

DELESPINE. — Thèse de Paris, 1904.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.

DOLÉRIS. — Troubles physiol. non inflam. de l'utérus. Arch. de gyn. et d'obst., 1893.

DOMMARTIN. — Thèse de Paris, 1902.

- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- DUPUY. — Thèse de Montpellier, 1888.
- Thèse de Paris, 1892.
- Soc. de Biologie, 1901.
- ERLANGER. — Thèse de Paris, 1902.
- FACHATTE. — Thèse de Paris, 1898.
- FRAIKIN. — Thèse de Bordeaux, 1899.
- FRANCILLON (M^{lle}). — Thèse de Paris, 1906.
- GALLARD. — De la mettr. : Soc. de Méd. et de Chirurgie de Paris, 1884.
- GAUTHIER. — Les médications thyroïdiennes, 1900.
- GILBERT et LEREBoullet. — La cholémie familiale, 1902.
- Soc. méd. des hôp., 1901.
- GOMÈS. — L'opothérapie ovarienne. Paris, 1898.
- GOMES OCANA. — Assoc. fonction. entre les corps, thyroïde et ov. intermed. des Biol., 1899.
- GRENET. — Thèse de Paris, 1904.
- GUÉLLER (M^{lle}). — Thèse de Paris, 1900.
- GUILLMART. — Thèse de Paris, 1897.
- GUY. — Guérison des annexites tub. par simple laparat. Journal de méd. de Bordeaux, 1905.
- JACOBS. — Opot. ovarienne. Sem. gyn., 1897.
- JAYLE. — Insuf. ovarienne. Presse méd., 1900.
- HALLÉ. — Thèse de Paris, 1898.
- HAYEM. — Leçons sur les maladies du sang. Paris, 1900.
- Presse médicale, 1895.
- Soc. méd. des hôp., 1897.
- HEPP. — Thèse de Paris, 1899.
- HERTOGHE (d'Anvers). — De l'hypothyroïdie bénigne chronique ; Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1899.

- KEIFÉR. — Toxicité du sang menstruel et prop. vaso-dilat.
Arch. de physiol., 1897.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurg. de
Gynécologie.
- LANDRY. — Thèse de Paris, 1902.
- LAUNAY. — Thèse de Paris, 1900.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- MIODET. — Thèse de Paris, 1905.
- MOULON. — Thèse de Paris, 1898.
- NANU. — Thèse de Paris, 1900.
- OZENNE. — Deux cas de mettr. à la période secondaire de la
syphilis. Bull. et mémoire de la Soc. médico-chi-
rurg., 1904.
- PARHON et GOLDSTEIN. — Archives gén. de méd., 1905.
- PICHEVIN. — Annexites tuber. avec métrorragies. Gynéco-
logie, 1900.
- Les fosses utérines. Gyn., 1897.
- PIERRA. — De la congestion utérine chez les arthritiques ner-
veuses. Gyn., 1904.
- POTOCKI et BRANCA. — La menstruation. Rev. prat. d'obst. et
de pédiât. Paris, 1905.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- RICHELOT. — Les pseudométrites des arthritiques. Bull. méd.,
1899.
- RICHARDIÈRE. — Mettr. due à une congest. ovarique intense.
Annales de Gyn., 1882.
- RUDEAU. — Les règles de quinzaine. Gaz. des hôp., 1900.
- SCHMIDT. — Thèse de Paris, 1896.
- SIREDEY. — Les ménor. essentielles des jeunes filles. Sem.
gyn., 1900.

SPRINGER. — Congrès de médecine, 1900.

THIBIERGE. — Le myxœdème. Monographie, 1898.

VAQUEZ. — Traitement de la chlorose. Journal. de méd. interne,
1903.

VERIN. — Thèse de Paris, 1893.

VILLATE DE PEUFEILHOUX. — Thèse de Paris, 1895.

ZIMMERN. — Thèse de Paris, 1900.

